

« Les fièvres continues de l'Algérie relèvent presque
toutes de la malaria et deviennent généralement
intermittentes ou rémittentes dès les premiers
jours sous l'action de la quinine. »

Maillot

L'ŒUVRE

DE

F. C. MAILLOT

ANCIEN PRÉSIDENT

DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES





ALGER
IMPRIMERIE L. REMORDET & Cie
Rues de la Casbah, 4 et Charles-Quint, 5

1893

MAILLOT François-Clément

Né à BRIEY (Moselle)

le 13 Février 1804

ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES,

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR,

RÉCOMPENSE NATIONALE ATTRIBUÉE PAR LA LOI DU 25 JUILLET 1888

A F. C. MAILLOT

ANCIEN MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE DE BONE

1834-1836

TRIBUT DE RECONNAISSANCE

DU

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES

DE L'ALGÉRIE

« Les pertes en soldats et en colons, pendant les pre-
» mières années de la conquête et de l'occupation, avaient
» été si considérables ; celles que subirent encore les uns
» et les autres à dater de 1834 et avant que la médica-
» tion par le sulfate de quinine fut répandue, furent
» encore telles que notre armée d'Algérie, portée à un
» grand effectif, sans cesse en mouvement, sans cesse
» exposée aux influences de la fatigue, de l'alimentation
» défectueuse, du miasme de dégagement de la terre,
» s'émiettait, se réduisait avec une rapidité effrayante
» par la mortalité et les évacuations.

» Plusieurs fois par année, il fallait demander à la
» Mère-patrie des soldats pour remplacer les morts, les
» mourants et les infirmes, dans une proportion épou-
» vantable. L'esprit public, les journaux, les Chambres,
» le Gouvernement s'émurent profondément.

» Un médecin savant et expérimenté, Boudin, s'é
» mut, pour ainsi dire, plus que tout le monde, en pré-
» sence des statistiques déplorables qu'il réunit; et dans
» un travail sur l'acclimatement des Européens, il
» déclare, avec la dernière énergie, que ni nos soldats,
» ni nos colons ne résisteront, que l'achèvement de la
» conquête, que la colonisation par nous sont impos-
» sibles. Cette émotion fut si vive qu'une vaste plaine,
» actuellement salubre et source d'immenses richesses,
» à quelques lieux d'Alger, fut appelée le *Tombeau*
» *des Chrétiens*, et qu'un général du génie déclara qu'il
» fallait l'entourer d'une grille de fer pour en défendre
» l'approche. A ce moment, les Pouvoirs publics agi-
» tent passionnément la question de l'abandon ou de
» la conservation de l'Algérie. Tant de vies, tant de

» richesses sont prises et absorbées par elle qu'on
» désespère d'y subvenir plus longtemps. »

Tel est le tableau que trace de la situation en 1834 le Dr Cuignet. D'un autre côté, le Dr Hutin, à l'aide de chiffres, nous montre cette situation sous un aspect plus saisissant encore, quand il nous apprend que sur un effectif de 5500 hommes, il meurt à Bône 1100 soldats ou officiers.

C'est à ce moment que Maillot arrive. Il vient de Corse, où les déceptions qu'il y a éprouvées en suivant fidèlement les préceptes de l'Ecole, ont d'abord ébranlé sa foi dans la parole du Maître, et l'ont amené à mettre en doute l'excellence de la doctrine en vogue. Ce doute s'était ensuite accentué, quand ne voulant pas s'en tenir à sa propre appréciation, à son propre jugement sur les faits cependant très probants qu'il avait sous les yeux, il avait résolu d'aller puiser chez les anciens l'appui autorisé dont il avait besoin pour affermir ses idées et pour lui permettre de les porter au grand jour.

Lorsqu'il débarque à Bône, après un court séjour à Alger où ce qu'il a vu n'a fait qu'enraciner davantage sa conception de l'Endémie, sa conviction est déjà faite. Il n'hésite plus ; son parti est pris, quand il se trouve aux prises avec l'ennemi : il rompra violemment avec les errements du passé ; c'est à la quinine qu'il s'adressera pour combattre le minotaure.

La victoire fut éclatante. Le monstre qui, d'après les dîmes mortuaires des années précédentes, pouvait compter sur 2157 victimes, dut se contenter en 1835 de 538 cadavres.

Pour un coup d'essai, c'était un magnifique résultat ! Et si l'ennemi n'avait pas été mis complètement hors d'état de nuire, du moins, la tactique était découverte, qui mieux appropriée aux conditions individuelles, mieux adaptée aux circonstances, devait par la suite réduire les atteintes mortelles du fléau aux plus faibles proportions.

Malgré l'éclat du succès, malgré les statistiques produites à l'appui, malgré les relations transmises à l'Académie et à la presse, malgré les enquêtes officielles qui vinrent confirmer les résultats annoncés, la méthode du hardi novateur ne fut pas immédiatement acceptée par le corps médical tout entier. Elle souleva des critiques violentes, passionnées, et Maillot, après avoir quitté le théâtre de la guerre, dut entreprendre un autre genre de lutte pour imposer à tous la bonne parole. Pendant dix ans, de 1840 à 1850, il resta sur la brèche, défendant ses idées avec une telle vigueur qu'il finit par réduire au silence ses adversaires les plus déterminés.

Maillot, comme tous les novateurs que la foi scientifique anime, se montra très affecté de la campagne acharnée qui fut menée contre lui. Ce fut pourtant à la polémique qu'elle souleva qu'il dût de voir ses idées gagner chaque jour du terrain, au point qu'en 1860 l'unanimité leur était acquise. Trente ans, c'est beaucoup, si l'on juge d'une façon absolue ; trente ans de non-application ou d'application incomplète de la méthode, cela représente des holocaustes de milliers d'hommes offertes à la malaria. Mais il ne faut pas se dissimuler qu'en temps ordinaire, par l'indifférence des uns, par la timidité des autres, la quinine ne serait peut-être employée aujourd'hui que dans la région de Bône, tandis que, grâce au bruit qui s'est fait autour de la polémique, elle est devenue d'un usage banal dans le monde entier. Banal est le mot : nos colons n'ont même plus recours au médecin pour se débarrasser de la fièvre ; au Tonkin, ce sont de simples chefs de poste, qui distribuent le précieux médicament, recherché avidement par les soldats annamites eux-mêmes.

Maillot a donc eu la satisfaction de voir ses idées répandues au point que le public lui-même se chargerait de les défendre, si on venait à les attaquer. En dehors de cette satisfaction qui est la plus noble, la

plus élevée qu'un médecin puisse rêver, il eut encore celle de voir les Chambres, fidèles interprètes des sentiments de l'Algérie, lui voter une récompense nationale. Une autre manifestation d'estime et de reconnaissance lui manque cependant ; et nous croyons que celle-là sera également bien accueillie de l'illustre vieillard : nous voulons parler de la publication de son œuvre.

Indépendamment de son *Traité des Fièvres*, paru en 1836, Maillot a publié, dans divers recueils, d'abord deux mémoires où se trouve exposée la doctrine du Réformateur, ensuite différentes lettres ou articles en réponse aux critiques dirigées contre la Réforme. Il nous a semblé que l'homme à qui l'armée a dû de pouvoir continuer la conquête de l'Algérie, à qui le colon a dû d'entreprendre la conquête du sol par la pioche, il nous a semblé que cet homme méritait de ne pas voir le temps disperser ses travaux et les rejeter dans l'oubli.

Non-seulement la publication de l'œuvre de Maillot sera un nouvel hommage rendu au Maître ; mais elle sera aussi, croyons-nous, une bonne action faite dans l'intérêt scientifique. Les pages écrites par Maillot manquent à l'histoire médicale de l'Algérie. On nous saura gré, nous en sommes certain, d'avoir comblé la lacune qui existait dans cette histoire, lacune dont on ne peut se rendre compte qu'en parcourant ces très intéressantes pages dans lesquelles l'Apôtre retrace les phases qu'a subies l'évolution de sa doctrine avant d'arriver à la consécration définitive ; dans lesquelles on assiste avec émotion aux luttes de ce travailleur opiniâtre, dont le courage ne faiblit pas un seul instant, jusqu'à ce qu'il lui soit donné de faire tomber lui-même, devant la foule, le voile qui recouvre le monument élevé par ses mains.

P. Trolard.

L'ŒUVRE DE F. C. MAILLOT

I. - STATISTIQUE MÉDICALE

Note sur les maladies qui ont régné à Bône pendant le mois de juin 1834 (1)

La clinique du mois de juin a présenté les résultats que l'expérience des années précédentes, que j'ai passés en Corse et à Alger, me faisait entrevoir.

Le 1er juin, nous ne comptions à l'hôpital que 237 malades ; nous en avons reçu 935 pendant ce mois ; et le 1er juillet, il nous en restait 819.

Cette augmentation rapide dans le chiffre des fiévreux a eu lieu, cette année, trois semaines plus tôt que l'année précédente ; mais elle a été évidemment subordonnée aux progrès des chaleurs qui ont devancé également l'époque ordinaire. Ici donc s'est offert une fois encore ce que nous avons observé dans des climats analogues ; à nos yeux, l'effet a suivi et a dû suivre irrésistiblement sa cause.

Puisque toutes les autres circonstances ont été les mêmes que l'année précédente, ne cherchons pas autre

(1) *Journal hebdomadaire des Sciences et Institutions médicales*, 1884.

part ce qui a donné subitement, et plus tôt que de coutume, ce grand nombre de maladies ; ne cherchons pas autre part, non plus, ce qui a imprimé aux affections du mois de juin les caractères qu'elles n'avaient présentés l'été dernier que pendant le mois de juillet.

Quelles ont été les maladies dominantes pendant le mois de juin, et quel est le mode de traitement que nous avons suivi ?

Sur 320 hommes reçus dans mon service, du 1er au 30 juin, je trouve 162 fièvres intermittentes, dont 89 quotidiennes, 71 tierces et 2 quartes.

Comme points de transition entre les fièvres intermittentes de ces types principaux et les affections continues, je compte plusieurs doubles-tierces ou quotidiennes et 8 rémittentes bien distinctes.

Enfin, en première ligue, parmi les affections continues se présentent 46 gastro-céphalites suraiguës, 20 irritations gastro-céphalites fébriles, 7 irritations gastro-intestinales fébriles, 6 gastro-entérites aiguës, 3 gastro-colites aiguës, 17 colites, dont 10 sous forme dysentérique.

J'omets à dessein de parler des autres maladies parce qu'elles me sont inutiles pour donner une idée générale de l'épidémie actuelle.

Les fièvres intermittentes sont donc de beaucoup celles qui se présentent le plus souvent ; c'est ce que nous avions déjà remarqué dans les mois précédents. Mais quelle différence dans les symptômes, dans la gravité des accidents, dans l'imminence du danger ! En effet, si je compare la clinique du mois de juin à celle du mois de février (1), je trouve que sur 162 fièvres quotidiennes, tierces ou quartes, il n'y en a que 18

(1) Je ne suis à Bône que depuis le 7 février 1834 ; je ne puis juger que par analogie et par renseignements verbaux de la terrible épidemie de 1833.

simples, tandis qu'en février, sur 50 fièvres intermittentes, il y avait 26 cas simples, c'est-à-dire sans lésion appréciable d'aucun organe, quelques heures après les accès.

Si, poussant mon examen plus loin, je joins au mois de février les mois de mars et avril, je compte alors, pendant ce laps de temps, 134 fièvres intermittentes dont 56 ont été simples. Mais comme si le mois de mai devait nous préparer à des maladies plus graves, il n'offre plus que 5 cas de fièvres intermittentes simples sur 64. C'est ainsi que par des gradations ménagées, nous nous élevons des affections simples des mois précédents à celles si graves du mois de juin.

Que si nous voulons connaître quels sont les organes dont la lésion s'est le plus souvent montrée dans les fièvres intermittentes, nous trouvons que dans les mois de février, mars et avril, sur 134 cas, les voies digestives ont été malades 47 fois soit seules, soit avec les poumons ou l'encéphale, tandis que les poumons l'ont été isolément 10 fois, la rate 3 fois, le péritoine 1 fois. Pendant ces 3 mois, il y a donc eu 56 fièvres simples, beaucoup plus du tiers.

Dans le mois de mai, au contraire, sur 64 fièvres intermittentes, nous n'avons plus que 5 cas simples ; et je trouve que les voies digestives ont été affectées 38 fois, savoir : isolément 9 fois, de concert avec l'encéphale 25 fois, avec les poumons 3 fois, avec les poumons et l'encéphale (gastro-broncho-céphalite) 1 fois.

Appliquant cette même étude aux affections du mois de juin, nous voyons que, sur 162 fièvres intermittentes, il y a 18 cas simples et que les voies digestives ont été malades 99 fois, savoir : 29 fois seules, 67 fois avec l'encéphale, 3 fois avec les poumons ; nous trouvons que l'encéphale a été malade isolément 40 fois, les poumons 1 fois, la rate 4 fois.

Maintenant que nous savons dans quelles proportions

les principaux organes ont été lésés dans les fièvres intermittentes, depuis le mois de février jusqu'au 1er juillet, si nous voulons connaître le degré de gravité de leur affection, je vois que, dans les mois de février, mars et avril, je désignais généralement les lésions de l'encéphale et des voies digestives qui accompagnaient les fièvres intermittentes d'alors, sous les noms d'irritations gastro-intestinales, gastro-céphaliques, tandis que maintenant elles méritent la dénomination de gastro-entérites, de gastro-céphalites.

C'est ce passage d'un degré léger d'irritation à un degré beaucoup plus élevé qui constitue le danger des affections du mois de juin ; c'est la congestion irritative, brusque, violente des principaux viscères qui fait passer ces fièvres de l'état de simplicité à un état toujours grave, souvent mortel ; ce sont ces redoutables phénomènes qui, portés au summum, leur valent le titre de fièvres pernicieuses.

Nous avons donc eu ici, pendant le mois de juin, un grand nombre de ces fièvres intermittentes et rémittentes devenues pernicieuses. Elles eussent été beaucoup plus fréquentes encore, si nous ne nous fussions hâté, dès les premiers jours, d'arrêter les accès ; car nous avons remarqué que ces fièvres devenaient d'autant plus graves et laissaient d'autant moins de chances de salut qu'elles duraient depuis plus longtemps et que l'on avait laissé se succéder un plus grand nombre d'accès. Nous n'avons perdu, à bien dire, que les hommes qui se trouvaient dans ce dernier cas ; plusieurs avaient eu, avant leur entrée à l'hôpital, un accès comateux ou délirant. Tous ceux qui ont succombé pendant le mois de juin sont morts dans les 4 ou 5 jours au plus qui ont suivi leur admission à l'hôpital. Ce fait seul suffirait pour indiquer la nature de la maladie.

Lorsque les accès sont aussi tranchés que dans les cas dont nous parlons, lorsqu'ils se présentent nette-

ment sous les types quotidiens, tierces, quartes, le diagnostic est facile et le traitement plus facile encore, il est enseigné par tous les auteurs et il n'y a sur les indications aucune divergence d'opinions. Mais il n'en est pas de même pour les gastro-céphalites rémittentes, pour celles surtout qui se présentent dans ce mois avec tous les phénomènes des gastro-céphalites ou des gastro-entérites continues, au moment où les hommes entrent à l'hôpital. Et comme ce point est fondamental, comme c'est là le nœud gordien de la question, je crois devoir en parler longuement, et, pour bien faire comprendre mon idée, extraire de mes notes de clinique les réflexions générales que j'ai l'habitude d'y consigner, mois par mois, réflexions fondées sur mes observations journalières. On verra par là comment je suis arrivé d'une part à des opinions que l'on trouvera peut-être paradoxales sur la nature des maladies de ce pays, et de l'autre, au mode de traitement que j'ai adopté.

En suivant cet ordre de travail par mois je vois que, en février, sur 57 entrants j'ai eu 50 fièvres intermittentes dont 26 étaient simples. Aussi, je disais dans mes notes : « La constitution médicale du mois de février est donc bien tranchée ; aucune époque ne peut avoir une physionomie plus caractéristique, plus spéciale........ Nous ne verrons probablement plus cette proportion ; à mesure que les chaleurs feront des progrès, nous rencontrerons des fièvres rémittentes, tantôt bien évidentes, tantôt masquées sous la forme de grastro-céphalites continues.

» En général, ces fièvres étaient peu graves ; elles cédaient facilement aux saignées tantôt locales, tantôt générales suivant l'intensité de la réaction, et à l'administration du sulfate de quinine presque toujours précédée de déplétions sanguines. Aussi, ne voyons-nous pas de rémittentes coïncider avec ces fièvres intermittentes bénignes ; aussi, aucune d'elles ne s'accompagne d'empâtement de l'abdomen, ni de

diarrhée, ni d'œdème, ni d'infiltration des membres abdominaux ; leur convalescence est franche ainsi que leur nature.

» Nous avons eu pourtant pendant le mois de février 4 cas de fièvre quotidienne avec délire, dont 1 s'est terminé par la mort ; mais on sait que les *fièvres pernicieuses*, que l'on pourrait appeler erratiques, se rencontrent en hiver dans les pays où elles sont endémiques pendant les saisons favorables à leur développement ; on sait aussi qu'elles s'observent ordinairement alors chez les hommes porteurs d'affections chroniques et c'est ce qui est arrivé chez le sujet qui a succombé ; c'était un vétéran. »

Passant au mois de mars, je trouve 36 cas de fièvres intermittentes sur 56 hommes admis dans mes salles ; il n'y a deja plus que 15 cas de fièvres simples. « Et (disais-je dans mes notes) plus nous approcherons de l'époque des chaleurs,et moins nous en rencontrerons.» Je ne dois pas passer sous silence qu'une seule de ces fièvres intermittentes, à type franc, s'est présentée avec cet ensemble de phénomènes qui constitue les fièvres pernicieuses : c'est une fièvre quotidienne avec pleuropneumonie ; dans le mois de février, je l'ai dit, nous en avons eu 4 exemples et j'ai cherché a en donner l'explication.

Nous avons observé aussi deux rémittentes pendant le mois de mars ; le mois de février n'en avait offert aucune ; cette remarque est à noter, ainsi que nous allons le voir en parlant de la clinique des mois suivants. Le mois d'avril commence à appeler l'attention par le nombre et la nature des affections. Ainsi, sur 101 hommes, je trouve 48 fièvres intermittentes dont 15 simples. L'affection qui a le plus généralement accompagné leurs accès, est celle des voies digestives et de l'encéphale, tandis que pendant le mois de mars nous avions remarqué le plus souvent celles des bronches ; aux variations de température de mars avait succédé une température plus uniformément chaude.

Sous l'influence de cette élévation de température, se développe aussi en avril un assez grand nombre de fièvres rémittentes ; et ceci est d'une grande importance, selon moi. « Ces rémittentes forment, à mon sens, le passage des irritatives, qui accompagnent les accès, aux gastro-entérites, aux gastro-céphalites de ce mois et surtout des mois suivants. Pour bien saisir ces nuances, il ne faut pas perdre de vue que ces affections rémittentes ont presque constamment débuté par un ou deux accès bien marqués, bien distincts, et que ce n'est qu'au deuxième ou troisième accès que la réaction circulatoire ne tombant plus, il n'y a plus d'intermittence. Le paroxysme cependant se reconnaît encore, bien que la plupart du temps il n'y ait pas de frisson, parce que, à une certaine époque de la journée, les symptômes inflammatoires sont trop violents pour qu'il y ait seulement exacerbation, parce qu'ils sont opposés à l'espèce de calme que, quelques heures avant leur apparition, on observait chez les malades. Ce n'est déjà plus qu'à cette alternative brusque et journalière d'une apparence de solution, puis d'une exaspération subite de la maladie, que l'on reconnaît que ce n'est pas une fièvre continue que l'on a sous les yeux. Ces distinctions sont néanmoins généralement encore appréciables ; mais nous verrons dans les mois suivants ces fièvres rémittentes disparaître à leur tour, et se cacher entièrement sous le masque d'affections continues. Elles seront remplacées par des fièvres continues, de même qu'elles avaient, elles, remplacé des fièvres intermittentes ; leur nombre diminuera en proportion des affections continues, de même qu'il avait augmenté en proportion de la diminution des fièvres intermittentes. C'est là, je le répète, le point capital des fièvres de ce pays ; c'est de l'idée qu'on se formera de ces intermittences, de ces rémittences et de ces fièvres continues se succédant tour-à-tour, se remplaçant, se chassant, puis reparaissant, tournant pour ainsi dire dans le cercle annuel ; c'est de la

filiation que l'on verra ou non entre ces maladies si diverses en apparence, si identiques pour le fond, que dépendra le choix d'un traitement vrai ou faux ».

Et ce que je dis est d'accord avec ce qu'ont écrit sur ce sujet les meilleurs observateurs. Tous ont vu, dans les épidémies de fièvres pernicieuses, les fièvres les plus simples devenir graves lorsqu'elles n'étaient pas arrêtées dès les premiers accès, tuer alors les malades en quelques jours, ou passer à une *pseudo-continuité*, que l'on désigne sous les noms de fièvres *ataxiques*, *adynamiques*, *malignes et typhoïdes*, c'est-à-dire se convertir en gastro-céphalites presque toujours mortelles. Aussi, si ce qui précède est fondé, nous ne devons pas être étonné de voir un grand nombre de gastro-céphalites, en apparence continues, pendant les mois de mai et de juin. Cette transmutation était inévitable ; ce sont les accès qui en se prolongeant, en se confondant, donnent naissance à ces *gastro-céphalites* qui sont, suivant l'intensité de la réaction, ou *rémittentes* ou *continues*. Maintenez cette réaction, et vous ramènerez ces fièvres *continues* à la *rémittence* et ces *rémittences* à leur premier état de simplicité, à *l'intermittence*.

Ces points de doctrine paraîtront hasardés aujourd'hui et demandent à être discutés, je le sais ; mais ce n'est pas là le travail de quelques heures. Je les crois vrais et d'une démonstration possible ; je me propose d'entreprendre cette tâche, lorsque mes occupations me permettront de mettre en ordre les faits sur lesquels ils s'appuient. Mais comme c'est sur ces principes que repose le traitement que j'ai suivi, j'ai dû, avant de parler de ce dernier, exposer ces généralités en quelques mots.

TRAITEMENT

Persuadé que dans l'immense majorité des cas, il y a des phénomènes qui se rapprochent plus ou moins de l'intermittence, j'ai dû employer les moyens que l'on a généralement indiqués dans les maladies périodiques, en proportionnant toutefois leur activité à l'intensité du mal et à sa marche horriblement rapide.

Les déplétions sanguines et le sulfate de quinine, tels ont été nos deux grands agents ; viennent en seconde ligne les révulsifs dans les fièvres pernicieuses *comateuses* et *algides*.

En général, j'ai usé largement de la saignée ; pour peu que les congestions viscérales fussent intenses, j'ai pratiqué une ou plusieurs saignées de 15 à 20 onces chacune, et de larges applications de sangsues au thorax, à la tête, à l'abdomen, suivant le siège de l'irritation. Ces saignées suivaient presque immédiatement l'entrée du malade à l'hôpital et précédaient, sauf quelques cas, l'administration du sulfate de quinine.

Toutes les fois que j'ai pu saisir les moindres indices de rémittence, je n'ai pas craint de recourir au sulfate de quinine, que j'ai l'habitude de donner *dans ce pays* à la dose de 8 décigrammes en potion, quelques heures avant l'accès, dans les cas ordinaires.

Jusqu'à présent (6 juillet) je n'ai élevé cette dose que dans les *fièvres pernicieuses*, où l'imminence du danger fait un devoir de le prescrire à des quantités que l'on ne peut déterminer. L'habitude apprend à manier cette arme, si nulle dans certaines mains, si puissante dans d'autres ; et ce n'est que par l'expérience qu'on arrivera à l'administrer à des doses vraiment effrayantes pour qui n'a pas vu.

Pour rassurer les esprits craintifs ou prévenus, je me contenterai de dire que dès 1822, à Rome, il avait été reconnu qu'il fallait donner le sulfate de quinine à la

dose de 40 grains au moins dans l'intervalle des accès de *fièvres pernicieuses* ; souvent, je vais beaucoup au delà. Pourquoi non ? puisque j'ai toujours eu à m'en féliciter.

C'est donc à prévenir le retour des accès ou des paroxysmes et à détruire les congestions viscérales qu'ils auraient déjà pu déterminer, ou à prévenir celles qu'ils développeraient inévitablement, que doit tendre le traitement des fièvres de ce pays.

En effet, si vous ne prévenez le retour des accès, la congestion irritative dont chacun d'eux s'accompagne s'ajoutant à celle des accès précédents, vous aurez bientôt des inflammations, puis des désorganisations de tissus. J'ai dit comment, selon moi, leur répétition donne des fièvres pernicieuses à cette époque, comment leur enchaînement donne naissance à des fièvres rémittentes ou pseudo-continues.

C'est leur répétition également, on ne saurait trop le redire, qui à la longue est la source des engorgements chroniques des viscères abdominaux, de ces diarrhées, de ces œdèmes, de ces colites, de ces hydropisies que l'on trouve si fréquemment à la suite des épidémies de fièvres intermittentes.

Ces réflexions sur le traitement concernent également les fièvres rémittentes ; je dirai même plus, elles concernent l'immense majorité des nombreuses gastro-céphalites que nous avons eu à traiter pendant les mois de mai ou juin. Cette dénomination que je leur ai donnée d'abord, parce qu'elles en ont toute l'apparence lorsque les malades entrent à l'hôpital, je la leur conserve pour bien appeler l'attention sur ce point fondamental de la doctrine des fièvres intermittentes.

Mais peut-on voir des affections vraiment continues dans ces gastro-céphalites à symptômes si violents et qui cependant cédaient en quelques heures à des déplétions sanguines ? Des accidents qui, dans le nord de la France, auraient annoncé des gastro-céphalites

redoutables, devenaient tout à coup nuls. Une convalescence excessivement prompte et franche en apparence s'établissait ; mais au bout de quelques jours un accès de fièvre révélait la nature intime de la maladie. Ces accès, qui avaient toujours été simples pendant les mois de mars, avril, mai ne l'étaient plus au mois de juin ; dès la première quinzaine de ce mois, plusieurs d'entre eux avaient été pernicieux, et étaient venus confirmer la justesse des observations que je trouve dans mes notes de clinique, où en parlant de ces gastro-céphalites je disais, au mois d'avril : «.....Elles avortaient ordinairement dans les premières heures qui suivaient une déplétion sanguine.

» Je commençais à donner quelques aliments légers ; mais presque constamment un accès de fièvre venait enrayer au bout de quelques jours la convalescence qui paraissait devoir se faire franchement. Cet accès était suivi habituellement de plusieurs autres ; une véritable fièvre intermittente tantôt quotidienne, tantôt tierce s'était établie. Ces accès n'ont eu aucune suite fâcheuse ; mais en aurait-il été de même pendant les grandes chaleurs de l'été ? Plusieurs de ces accès aux mois de juillet et août n'eussent-ils pas été pernicieux, mortels ? Je n'en doute pas. » Au mois de mai, je disais : « Mais ici encore se représente le caractère que nous leur avons assigné, leur tendance à se convertir, sous l'influence de déplétions sanguines, en fièvres rémittentes distinctes, et plus souvent encore à donner naissance, après plusieurs jours d'apyrexie, à des accès plus ou moins simples qui manquaient rarement de se répéter, si on ne prévenait leur retour par le sulfate de quinine, retour que l'élévation de la température, la fréquence et l'intensité des congestions viscérales rendront toujours de plus en plus dangereux à mesure que nous approcherons du mois d'août — et que la prudence ordonne de prévenir. »

Résumant notre opinion sur l'épidémie actuelle de

Bône, nous dirons que les fièvres intermittentes sont de beaucoup les maladies dominantes ; que parmi elles beaucoup sont très graves et deviennent pernicieuses lorsqu'elles ne le sont pas de prime-abord. Nous croyons que les gastro-céphalites aiguës de cette époque sont, pour l'immense majorité, des fièvres intermittentes et rémittentes, passées à l'état de continues, mais conservant toujours au fond leur cachet spécial, quelques-uns des caractères propres aux maladies intermittentes et en exigeant en partie le traitement. Nous ajoutons que si elles ne passent pas à l'état typhoïde, ce résultat est dû à ce que nous enrayons les accès ou les paroxysmes dès le début, de même qu'en France on voit aujourd'hui peu de fièvres adynamiques depuis les découvertes de la doctrine physiologique. Nous pensons que nous éviterons cette redoutable dégénérescence pendant tout le cours de l'épidémie, si les malades peuvent être admis à temps dans les hôpitaux ; si, comme tout nous le fait espérer, nous parvenons à nous soustraire à l'encombrement.

II. — RECHERCHES

sur les fièvres intermittentes du Nord de l'Afrique (1)

AVANT-PROPOS

L'indulgence avec laquelle l'Académie royale de médecine a bien voulu entendre la lecture de ce mémoire, conçu à la hâte et rédigé pour ainsi dire sous la tente, me fait regretter vivement que des motifs particuliers ne me permettent pas, pour le publier, d'attendre que le rapport en ait été fait à cette société savante.

Parmi les propositions que renferme ce travail, on en trouvera quelques-unes qui ont la plus grande analogie avec celles que je rencontre dans un ouvrage fort remarquable, que je ne connais que depuis quelques jours, je veux parler du *traité sur les fièvres rémittentes et intermittentes* par M. Nepple.

Je ne chercherai pas cependant à prouver que je n'ai pas puisé dans cette excellente monographie, qui date de 1835, les idées que j'émets sur la manière dont les fièvres intermittentes, dans les pays chauds et marécageux, deviennent rémittentes, puis continues, pour repasser ensuite de cette *continuité acquise* à la rémittence ou à l'intermittence. Pour me mettre à l'abri de tout soupçon, je me contenterai de renvoyer à un article écrit en juillet 1834 et inséré, quelques mois

(1) Mémoire lu à l'Académie de Médecine, le 30 mai 1835.

après, dans le *Journal hebdomadaire des Progrès des Sciences et Institutions médicales* (1).

Nous nous sommes rencontrés sur plusieurs points, M. Nepple et moi, parce que nous avons raconté franchement ce que nous avons vu ; et comme le dit lui-même ce médecin distingué, cette concurrence d'idées est si naturelle à ceux qui travaillent sur le même sujet, qu'elle ne saurait provoquer aucune récrimination.

Ce résultat auquel nous sommes arrivés tous deux, dans des conditions si diverses et dans des localités bien différentes quoique analogues, ce résultat, dis-je, donne à nos observations une valeur que, prises isolément, elles n'auraient pas eues. En effet, lorsque dans la recherche d'une maladie inconnue, sans se consulter, sans idées préconçues, et dépouillant le vieil homme on arrive par l'analyse aux mêmes données, il est certain que l'on est en voie de résoudre le problème.

Nous sommes loin néanmoins d'être d'accord sur toutes les questions que nous abordons ; et cette divergence d'opinions tient, sans doute, à la diversité des localités où nous avons recueilli nos matériaux.

C'est ainsi que je considère la *fièvre intermittente soporeuse* comme étant toujours le *résultat d'une violente congestion cérébrale*, tandis que M. Nepple la regarde comme annonçant ordinairement *une asthénie profonde du cerveau.*

C'est ainsi encore que, relativement à la nature de la fièvre rémittente, je suis bien de son opinion, lorsqu'il dit (page 295) : « La fièvre rémittente doit sa » forme à un composé d'irritation fixe et d'irritation » mobile ; c'est une maladie complexe ; pour qu'elle » puisse avoir lieu, il faut que l'irritation phlegmasique » permanente ne soit pas trop intense. »

Mais je ne partage plus son avis lorsqu'il ajoute :

(1) Il s'agit du Mémoire précédent.

« Car lorsqu'elle existe à un certain degré, la réaction
» considérable et continuelle qui en résulte s'oppose à
» une concentration nouvelle. »

Je crois, au contraire, que dans les fièvres intermittentes passées à l'état continu, cette concentration périodique s'opère encore et qu'elle n'est que masquée par la violence des symptômes inflammatoires. S'il en était autrement, comment agirait alors le sulfate de quinine, qui dans les cas de cette nature produit, malgré la croyance générale, de si heureux résultats ?

Il n'y a ici de différence, selon moi, que du plus au moins, et de même que M. Nepple réunit à peu près les intermittentes et les rémittentes, je rattache, moi, aux fièvres intermittentes les affections continues dont il s'agit ; et je veux que le traitement des unes soit celui des autres. En cela, je suis allé beaucoup plus loin que ce judicieux observateur ; et personne, que je sache, n'a aussi formellement exprimé cette opinion.

C'est dans la thérapeutique de ces affections surtout que je me suis jeté violemment en dehors des règles communes. Je devais le faire du moment où, en présence d'accidents terribles et inconnus en France, je pouvais soupçonner que ces fièvres continues n'étaient réellement que des fièvres intermittentes ; du moment aussi, il faut bien le dire, où je connaissais les revers réservés au traitement antiphlogistique pur.

Sans doute, il m'a fallu combattre avant de répudier mes croyances médicales, avant de me décider à tenter une voie aussi hardie et à courir des chances aussi périlleuses. Mais du résultat de cette lutte et de ces efforts, il restera démontré que, contrairement à l'opinion générale, le sulfate de quinine peut toujours et doit souvent être administré dans toutes les périodes des fièvres intermittentes et rémittentes ; et que s'il est préférable, dans les climats tempérés et dans les saisons froides, de prescrire ce médicament pendant l'intermittence et la rémittence, ce précepte (qui n'est jamais de rigueur) devient dangereux dans

les pays chauds, et doit être rejeté, lorsque par suite d'une forte réaction vasculaire la rémittence cesse d'être distincte.

J'ai la conviction que, adoptées dans les localités marécageuses de la France et sagement appliquées, les modifications que je signale obtiendront les plus heureux résultats. Sous leur influence, les fièvres continues y diminueront de nombre, les *rémittentes* seront moins graves ; les accès et les paroxysmes étant de suite enrayés, les accidents consécutifs cesseront de miner lentement les organes et de traîner misérablement au tombeau des populations entières. C'est aux médecins de ces contrées, c'est surtout à ceux d'entre eux qui sont placés dans les hôpitaux, qu'il appartient de vérifier ce que j'avance et d'approfondir ce point important de médecine pratique.

La ville de Bône, l'un des points les plus importants de la Régence d'Alger, est occupée par les Français depuis le mois d'avril 1832. La force de la garnison varie de 3,000 à 5,000 hommes, en se rapprochant cependant plus souvent du premier que du dernier de ces chiffres.

Du 16 avril 1832 au 16 mars 1835, il y a eu dans les hôpitaux de Bône 22,330 entrants; 19,612 sortants ; 2,513 morts ; ce qui indique que toute la garnison passe dans les hôpitaux plusieurs fois dans l'année ; ce qui donne 1 mort sur 8 sortants environ.

Les 22,330 malades et les 2,513 morts ont été répartis suivant les années, dans les proportions suivantes : (1)

En 1832 : 4,033 entrants ; 3,132 sortants ; 449 morts ; 1 mort sur 7 sortants.

---

(1) Le 1er janvier 1834, il restait à l'hôpital 331 hommes de l'année précédente; c'est ce qui fait que le chiffre des morts et des sorties réunis dépasse celui des entrées de l'année ; il en est de même en 1833 relativement à 1832.

En 1833 : 6,704 entrants; 5,299 sortants; 1,526 morts ; 1 mort sur 3 1/2.

En 1834 et jusqu'en 1836 : 11,593 entrants ; 11,181 sortants ; 538 morts ; 1 mort sur 20.

Ainsi, du 1er janvier 1834 au 16 mars 1835, on a reçu à l'hôpital de Bône 856 malades en plus que pendant les deux années précédentes réunies, et l'on a eu 1,437 morts en moins.

Rien n'avait été publié sur les épidémies si meurtrières de 1832 et 1833, lorsque, au mois de janvier 1834, je fus détaché d'Alger pour aller prendre la direction du service médical de l'hôpital militaire de Bône. C'était donc à l'observation de m'apprendre qu'elle était la nature des maladies de ce pays. Y avait-il analogie entre ces affections et celles que je venais d'observer en Corse et à Alger ? Y avait-il identité ? Y avait-il opposition ? Tels étaient les points principaux qu'il fallait décider, et je n'avais d'autres moyens de le faire, je le répète, que l'observation au lit des malades.

C'était en consultant mes souvenirs et mes notes de clinique ; c'était en rapprochant ces souvenirs et ces notes de ce que j'allais observer, que je pouvais arriver par induction à une connaissance plus ou moins exacte des maladies de Bône.

J'attachais une haute importance à la solution de ces diverses questions, parce que de cette solution dépendait le choix du traitement que j'adopterais. J'avais, en effet, une opinion bien arrêtée sur la thérapeutique spéciale des maladies de la Corse et d'Alger, et j'étais décidé à l'admettre dans toute son extension, si la moindre analogie des symptômes me mettait sur cette voie.

Heureusement, mon incertitude ne fut pas de longue durée. Me fondant sur la similitude du climat, sur le voisinage des marais, sur la position des points occupés par nos troupes, je pensai bientôt que, les conditions

étant à peu près les mêmes, il devait exister la plus grande analogie entre les affections de Bône et celles d'Alger ; c'est-à-dire que, à Bône comme à Alger, l'intermittence devait dominer partout. Mais à Bône les marais touchant la ville et les postes extérieurs étant placés au centre ou au pourtour de ces terrains marécageux, on devait avoir dès lors, pensai-je, des accidents plus graves, des fièvres pernicieuses en plus grand nombre ; on devait voir, chaque année, se dérouler les scènes que nous avait présentées l'épidémie d'Alger en 1832, au moment où nos troupes venaient de camper dans la Méditja, et occupaient encore la Ferme modèle et la Maison carrée. Il y avait identité de causes, comment donc ne pas s'attendre à une identité de faits ? C'est ce qui me faisait dire dans un rapport au médecin en chef de l'armée : « Rapprochez de ces conditions celles que vous trouvez sur quelques points du continent français, celles que vous observez en Corse et dans certaines localités d'Italie, rappelez-vous ensuite la nature des maladies qui règnent dans ces contrées, et vous connaîtrez la nature des épidémies de Bône ».

En théorie, je devais donc m'attendre à voir régner une épidémie de fièvres intermittentes et rémittentes. C'était ensuite aux faits de m'apprendre si la théorie était exacte ; voici ce que les faits m'ont révélé :

Du 9 février 1834 au 21 février 1835, j'ai reçu dans mes salles 3,765 malades ; 3,623 sont sortis ; 135 sont morts ; 7 restaient au 17 mars : ce qui donne une moyenne de 1 mort sur 27 sortants environ.

Sur 3,765 malades, 2,354 étaient atteints d'affections franchement intermittentes ; 1,332 d'affections continues ; 79 seulement d'affections rémittentes bien tranchées.

Mais avant d'aller plus loin, afin de prévenir toute erreur, je crois devoir m'expliquer dès maintenant sur la nature des affections continues de ce pays ; c'est

bien certainement la question la plus épineuse de toutes celles qui se rattachent à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique.

Deux thèses sont ici également soutenables ; toutes deux ont leurs partisans ; les faits seuls ont pu décider de quel côté était le vrai.

D'après l'une, les affections intermittentes et les affections continues du nord de l'Afrique sont de deux ordres bien distincts, bien tranchés, bien séparés. Causes, marche, traitement, tout diffère, tout est opposé.

D'après l'autre (et le premier je l'ai établi à Bône), loin de signaler des caractères opposés dans ces deux genres d'affections, on y trouve des rapports, des rapprochements, de la filiation, de la consanguinité si je puis m'exprimer ainsi.

Voici comment j'arrivai, à Bône, à cette manière de voir. Aux fièvres intermittentes simples des mois de février et mars, avaient succédé, en avril et mai, des fièvres du même type avec des complications plus ou moins graves, en même temps nous commencions à avoir un assez grand nombre d'affections continues, genre d'affections qui jusque-là avait été très rare.

Je fus cependant moins frappé de l'apparition de ces complications et de ces maladies nouvelles, que de la promptitude avec laquelle les fièvres intermittentes de cette époque passaient aux types rémittents ou continus, lorsqu'on n'arrêtait pas les accès.

Je fus bien plus étonné encore de la facilité et de la fréquence non moins grande avec lesquelles les affections continues devenaient rémittentes ou intermittentes, sous l'influence des déplétions sanguines. Je me demandai si c'était bien là la marche des affections vraiment continues, si c'était bien là la marche des gastro-entérites et des gastro-céphalites du nord de la France ? La réponse fut négative.

Me rappelant avoir observé déjà des faits, sinon identiques du moins analogues en Corse et à Alger, je me demandai si, malgré l'apparence de la complète

continuité, ce n'était pas le genre d'affections dont Torti a fait sa huitième espèce de fièvres et dont il a signalé les caractères en disant : « *De intermittente sensim acutam et malignam migrat* ».

Cette question était du nombre de celles que l'expérience seule peut résoudre. Je me déterminai donc à donner avec hardiesse le sulfate de quinine dans tous les cas d'affections continues, sans attendre l'établissement soit d'une rémittence, soit d'une intermittence qui n'étaient qu'instantanées lorsqu'on réussissait à les obtenir.

Dans une note insérée dans le *Journal hebdomadaire*, j'ai rendu compte de ces premiers essais, émettant quelques propositions hasardées alors, mais qui s'appuient aujourd'hui sur des faits nombreux, sur des observations détaillées, sur des résultats cliniques avantageux et que je vais rappeler en quelques mots.

Sous l'influenee de l'élévation de la température, les fièvres intermittentes simples des mois d'hiver font place à des fièvres intermittentes et rémittentes plus graves et à des affections continues, qui commencent seulement à se montrer à cette époque. La coïncidence de cette augmentation dans les fièvres intermittentes compliquées avec l'apparition d'un assez grand nombre d'affections rémittentes et continues, marque le passage des congestions irritatives, qui accompagnent les décès aux gastro-entérites, aux gastro-céphalites qui sont si nombreuses pendant la saison des chaleurs.

Bientôt les fièvres rémittentes disparaissent à leur tour ; elles sont remplacées par des fièvres continues, de même qu'elles avaient elles-mêmes remplacé des fièvres intermittentes. Cette transmutation est le résultat de la durée des accès qui en se prolongeant, en se confondant, donnent naissance à ces gastro-céphalites lesquelles affectent de plus en plus une marche continue.

Cependant, jusque dans les premiers jours de juin,

on parvient encore par de larges dépressions sanguines à établir assez souvent une espèce de rémittence dans ces affections continues. A certaines heures de la journée, et généralement le matin, les malades vont mieux ; la réaction circulatoire est moins forte ; mais le soir les phénomènes morbides reprennent leur intensité de la veille, et réclament de nouvelles déplétions sanguines qui, pratiquées, amènent encore une espèce de solution. Comme le précédent, ce mieux n'est et ne peut être que passager ; et le lendemain, à la visite du matin et à celle du soir, se présentent les mêmes symptômes, se présentent les mêmes indications.

Ces alternatives réglées de bien et de mal, de diminution et d'augmentation dans les phénomènes morbides ne pouvant durer longtemps, il arrive de deux choses l'une : ou bien la réaction circulatoire étant devenue à peu près nulle par suite de déplétions sanguines, la fièvre tombe tout à fait pour ne plus reparaître ou pour se convertir en fièvres intermittentes à accès distincts ; ou bien la congestion des organes se répétant avec violence, tantôt il survient des paroxysmes pernicieux, et alors les malades sont emportés en quelques heures ; tantôt l'irritation se fixe dans les tissus, et alors on a des fièvres typhoïdes si le cerveau et la muqueuse gastro-intestinale sont les organes phlegmasiés, des fièvres (pseudo-continues) délirantes ou comateuses, selon que l'affection des méninges ou celle du cerveau devient prédominante.

Ainsi se balancent ces affections, tour à tour continues et intermittentes sous l'influence du traitement jusqu'à la saison des fortes chaleurs, époque à laquelle on chercherait en vain à Bône la rémittence et la subintrance saisissables encore à Alger et surtout en Corse. Mais à Bône, dès la fin de juin, les affections se divisent en deux grandes sections, les intermittentes et les continues, si l'on s'en rapporte aux symptômes.

Cependant, par une analyse sévère de ces symptômes

on peut échapper encore à cette erreur, averti surtout que l'on est par la marche des maladies des mois précédents. On arrive à reconnaître que souvent ces gastro-céphalites, actuellement continues, n'ont pas été telles dès l'origine ; on découvre qu'elles ont été d'abord des fièvres intermittentes et que ce n'est qu'au deuxième ou troisième accès que, la réaction circulatoire ne tombant plus, il n'y a pas eu intermittence ; on ne trouve même plus cette rémittence obscure que, d'après la nature des affections, on pourrait espérer et qu'on observe encore dans les pays où les causes morbides sont moins actives.

Dès les premiers jours de juin, l'occasion de constater la certitude des propositions que j'avance, s'était déjà souvent présentée dans nos salles. Dès cette époque aussi, comme pour nous faire saisir les liens qui rattachent entre elles ces affections intermittentes et continues, un grand nombre d'hommes atteints de fièvre tierce nous disait que le premier accès avait été simple, mais que le second s'était accompagné de violents maux de tête, d'envies de vomir, de vomissements, etc., et qu'il avait duré 36 à 40 heures. Ainsi, quelques heures de plus dans la durée de l'accès et l'on aurait eu une fièvre continue ou rémittente, c'est-à-dire que dans ce dernier cas, le moins grave des deux, on aurait eu un paroxysme au lieu d'un accès ; c'est-à-dire qu'au lieu d'une période de froid suivie de chaleur et de sueur, séparée d'un même ordre de symptômes par une apyrexie plus ou moins longue, on aurait eu seulement une exaspération périodique des symptômes, avec ou sans frissons précurseurs. Car, il ne faut pas s'y tromper, ces frissons qui annoncent l'invasion des paroxysmes des fièvres rémittentes, manquent presque toujours dans ce pays à l'époque des chaleurs ; exiger leur apparition pour caractériser une fièvre rémittente, c'est s'exposer à des erreurs bien graves.

Et que l'on ne croie pas, non plus, que les affections

continues, une fois établies, révèlent en rien dans leurs symptômes leur affinité avec les affections intermittentes. Transporté du nord de la France au milieu de nos salles, un médecin verra dans toutes ces gastro-céphalites des affections vraiment continues et les traitera comme telles. Cette erreur est inévitable, parce qu'il n'y a plus de rémittence, plus de subintrance, plus de paroxysmes saisissables. Si ce que j'avance paraissait hasardé, je renverrais à la lecture de Torti ; je renverrais à la notice de M. Coutanceau sur les fièvres pernicieuses qui ont régné épidémiquement à Bordeaux en 1805. « Dans ces sortes de cas, est-il dit » dans cette notice, on pouvait reconnaître quelque-» fois, dans l'apparition d'un léger frisson ou d'un peu » de sueur à des intervalles tantôt réguliers, tantôt » irréguliers, les traces obscures d'une intermittence » dégénérée ; mais d'autres fois, si l'on n'eût été pré-» venu à l'avance du caractère intermittent de la » maladie, on l'aurait prise pour une fièvre continue » ordinaire, avec de simples exacerbations marquées » seulement par une augmentation de la fréquence » du pouls et la chaleur de la peau. On a vu ces fiè-» vres intermittentes devenir continues, se prolonger » un ou deux septénaires sans offrir aucun caractère » fâcheux, et se comporter alors comme des fièvres » gastriques ordinaires ; mais le plus souvent elles » s'accompagnaient très promptement des signes d'une » adynamie générale très prononcée ; et, dans ces » circonstances fâcheuses, tous les malades qui n'avaient » pas été convenablement traités mouraient bientôt » avec les symptômes d'une fièvre putride ou adyna-» mique ». Voilà ce que disait M. Coutanceau en 1809, et la médication convenable dont il veut parler, c'est l'administration immédiate et à hautes doses du quinquina.

Les progrès immenses imprimés à la médecine depuis l'époque où ces lignes ont été écrites, faisaient sentir le besoin de soumettre de nouveau à une ana-

lyse sévère, les faits de cette nature. Eh bien! la marche qu'ont suivie à Bône les épidémies de 1832 et 1833 a démontré combien ces faits avaient été bien observés ; car, d'une part, les maladies ont eu les mêmes phases ; et, de l'autre, l'analyse est arrivée aux mêmes conséquences. En effet, les hôpitaux ayant été encombrés dès les premiers jours, les malades ne purent plus être admis à temps ; ils arrivaient dans un état toujours fort grave, souvent désespéré. Dans les casernes, dans les hôpitaux, partout on voyait des affections typhoïdes. Il n'était plus possible, au milieu de ce désordre, de saisir les diverses nuances par lesquelles passent les fièvres intermittentes pour devenir des affections continues. On peut donc dire sous ce rapport que, si la pénurie et l'encombrement des hôpitaux ont, en 1832 et 1833, amené de si déplorables revers, ces malheureuses circonstances n'ont pas été cependant sans utilité, puisqu'elles ont appris ce que deviennent les affections intermittentes du nord de l'Afrique, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes ou combattues par un traitement incomplet.

La lecture de Torti, celle de Baumes, de Gianini, de MM. Coutanceau, Alibert, Bailly, l'expérience des années précédentes que je venais de passer en Corse et à Alger, l'analogie que je trouvais depuis quelque temps entre les affections continues de Bône et celles de ce pays, les renseignements verbaux que j'avais recueillis sur les dernières épidémies, tels étaient les documents sur lesquels je m'appuyais pour dire, dès le mois de juillet : « C'est de l'idée que l'on se formera » de ces intermittences, de ces rémittences et de ces » fièvres continues, se succédant tour à tour, se remplaçant, se chassant, puis reparaissant, tournant pour » ainsi dire dans le cercle annuel ; c'est de la filiation » que l'on verra ou non entre ces maladies si diverses » en apparence, si identiques pour le fond, que dépendra le choix d'un traitement vrai ou faux ».

Ainsi, à cet égard, mon opinion était déjà bien arrêtée, au moment où l'épidémie éclata avec toute sa violence et ce fut, dès lors, par conviction que je fis ce que, dans des circonstances aussi difficiles, on eut été autorisé à tenter comme expériences. Je donnai le sulfate de quinine à haute dose dans tous les cas d'affections continues, excepté dans quelques iléo-colites où à tort, je crains, j'ai différé son administration.

Voici l'énumération des affections continues dans lesquelles le sulfate de quinine a été donné pendant le mois de juillet : 98 gastro-céphalites, dont une avec scarlatine, 29 irritations gastro-céphaliques, 7 gastro-entérites aiguës, 5 irritations gastro-intestinales fébriles, 2 gastro-colites, 7 iléo-colites folliculeuses (diarrhée), 2 iléo-colites hémorrhagiques (dyssenterie), une pneumonie, une pleurite, une bronchite, une congestion pulmonaire, 4 cas de céphalalgie, 21 irritations encéphaliques, enfin 13 encéphalites : en tout, 192 affections aiguës continues.

De tous ces cas, aucun n'a passé à l'état typhoïde ; tous, sauf quelques exceptions fort rares, ont été jugés en quelques jours. Mes cahiers de visites constatent que presque constamment le troisième ou le quatrième jour au plus tard, les malades ont commencé à manger quelques aliments légers. Bien plus, le régime a dû être brusqué, porté en quelques jours aux trois quarts de la portion.

Pressé par le nombre des malades entrants, restreint dans celui des places que j'avais à leur donner, je faisais marcher le régime par sauts et par bonds.

Cependant, malgré ces circonstances défavorables, aucune des 98 gastro-céphalites du mois de juillet (laissons de côté les affections moins graves) aucune, dis-je, n'est devenue typhoïde ; 5 d'entre elles se sont terminées par la mort. Sur ces 5 morts, deux ont succombé le lendemain de leur entrée à l'hôpital, l'un dans un état algide, l'autre dans un paroxysme coma-

teux ; le troisième fut emporté par un accès algide le quatrième jour ; les deux derniers moururent d'une colite chronique, l'un au mois de septembre, l'autre au mois d'octobre. Tous les autres cas ont eu une issue heureuse ; la solution a été instantanée, la convalescence excessivement prompte et franche.

Ces faits décidaient la question ; nous étions dans le vrai ; le choix du traitement n'était plus douteux. Voici une observation qui fera connaître quel était ce traitement ; j'aurais craint de la présenter avant d'avoir exposé mes résultats cliniques. Je la prends parmi celles que j'ai recueillies au mois d'août, parce qu'alors mon traitement était arrêté d'une manière plus fixe que dans les mois précédents.

Première Observation

Un soldat du 59e, âgé de 25 ans, entre pour la première fois à l'hôpital le 8 août, au 2e jour d'une gastro-céphalite aiguë excessivement intense.

Je prescrivis de suite une saignée du bras de 15 onces, 40 sangsues à l'épigastre et 20 sangsues sur le trajet des jugulaires ; diète, limonade. Le 9, à la visite du matin, la réaction n'était pas entièrement tombée ; mais l'état du pouls, celui de la peau et tous les autres symptômes dénotaient une rémission que l'on pouvait regarder comme l'indice d'une rémittence ou d'une intermittence prochaines ; c'était, selon moi, une gastro-céphalite continue, qui devenait fièvre intermittente ou rémittente (diète, limonade, 24 grains de sulfate de quinine en potion à prendre de suite, en une seule fois.)

Une apyrexie complète s'établit pendant la journée. Le 10 matin, cette apyrexie durait encore ; je prescris néanmoins une nouvelle potion de 24 grains de sulfate de quinine, dans la crainte que la fièvre pouvant être tierce ne revint dans la matinée même. Mais il n'y eut pas de fièvre non plus ce jour-là et la convalescence se fit très rapidement.

Le 18, cet homme mangeait les trois quarts de la portion. Voilà un exemple bien remarquable de ces gastro-céphalites à symptômes si violents, qui se terminent en quelques heures ; et cela avec l'administra-

tion du sulfate de quinine à haute dose, pendant que la fièvre dure encore.

Telle fut à peu près la médication que j'opposai dans l'année à 295 gastro-céphalites. Plus tard même je donnai le sulfate de quinine immédiatement après la saignée et, dans certaines circonstances, avant toute déplétion sanguine, parce que plusieurs hommes avaient été emportés par des paroxysmes pernicieux quelques heures après l'ouverture de la veine.

Sur les 295 gastro-céphalites traités de cette manière 'ai eu 12 morts, c'est-à-dire 1 sur 24.

Eh bien ! que l'on applique maintenant ce traitement aux gastro-céphalites du nord de la France, obtiendra-t-on les mêmes résultats ? Je ne le pense pas. On aura des affections typhoïdes presque constamment mortelles et, si je ne me trompe, la plupart des gastro-céphalites le deviendront. On aura des convalescences longues, difficiles ; loin de pouvoir accorder des aliments dès le troisième jour, on aura presque toujours encore de la fièvre. Jamais on ne pourra, comme je l'ai fait, militariser le régime, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Des rechutes viendront à chaque instant contrarier, retarder la convalescence. Ce sera alors une gastro-entérite nouvelle, d'une durée plus ou moins longue, tandis que nos rechutes sont des accès, tantôt sous le type quotidien, tantôt sous le type tierce.

Si donc on peut administrer le sulfate de quinine avec tant de hardiesse sans avoir de fièvres typhoïdes ; si donc la solution de la maladie est si prompte, la convalescence si franche ; si les rechutes sont des fièvres intermittentes, que faut-il conclure de tous ces faits ? Il faut en conclure, selon moi, que les gastro-céphalites de ce pays ne sont pas des affections vraiment continues, affections dans lesquelles le sulfate de quinine donnerait tant de fièvres typhoïdes ; dans lesquelles en général la pyrexie dure plusieurs jours, malgré les déplétions sanguines les plus larges ; dans lesquelles la température ne s'élève que par degrés presque

insensibles ; dans lesquelles la convalescence exige tant de précautions ; dans lesquelles les rechutes enfin ne sont ni de simples accès, ni des fièvres intermittentes, mais une invasion nouvelle d'une nouvelle gastro-céphalite.

On voit par là de quelle haute importance était la détermination de la nature de ce genre d'affections, et quelle immense influence devait avoir sur les résultats le choix d'un traitement si opposé à celui des affections continues. Mais, malgré l'intérêt que j'attache à cette question, je l'abandonne pour exposer quelques considérations sur des maladies plus faciles à caractériser, sur les fièvres franchement intermittentes.

Sur les 3.765 malades que j'ai reçus dans mes salles, 2,354 (les deux tiers) étaient atteints d'affections intermittentes bien nettement dessinées. Sur ces 2,354 affections intermittentes, j'ai noté 2,338 fièvres des principaux types, le quotidien, le tierce, le quarte. Sous le rapport de la fréquence, les fièvres de ces trois types se sont présentées dans les proportions suivantes: 1,582 quotidiennes, 730 tierces et 26 quartes.

L'immense différence qui existe entre les fièvres quotidiennes et les fièvres tierces est vraiment remarquable : 1,582 quotidiennes pour 730 tierces ! Quant aux fièvres quartes, le nombre en est si minime qu'elles semblent ne figurer que pour mémoire. Ces circonstances se rencontrent également à Alger.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les fièvres intermittentes ont attaché une importance plus ou moins grande à déterminer les heures auxquelles reviennent le plus souvent les accès. Plusieurs même ont cherché à fonder une nouvelle théorie de l'intermittence sur ces calculs. J'ai pensé que, établies sur une grande échelle, ces données ne seraient peut-être pas sans utilité ; et, des notes que j'ai prises, il résulte que

sur ces 2,338 fièvres intermittentes 1,652 avaient leurs accès de minuit à midi, 686 de midi à minuit.

J'ai noté que :

1° Sur les 1,582 quotidiennes 1,089 revenaient de minuit à midi et 493 de midi à minuit.

2° Sur les 730 fièvres tierces, 550 revenaient de minuit à midi et 180 de midi à minuit.

3° Sur les 26 fièvres quartes, 13 revenaient de minuit à midi et 13 de midi à minuit.

En jetant les yeux sur mon tableau, je vois que c'est de 9 heures du matin à midi que revient l'immense majorité des accès ; à dix heures et à midi pour les fièvres quotidiennes, à neuf heures et à dix heures pour les fièvres tierces. Ainsi, je compte 239 quotidiennes à dix heures du matin et 206 à midi, 86 tierces à neuf heures et 87 à dix heures.

Si quelqu'un voulait appliquer aux fièvres intermittentes la théorie des nombres et lui faire jouer un rôle dans l'histoire de ces affections, j'ai remarqué que sur les 730 fièvres tierces, 369 revenaient les jours pairs et 361 les jours impairs.

Mais, laissons de côté ce genre d'observations pour aborder des questions d'un plus haut intérêt. Examinons quelles sont les complications des fièvres intermittentes ; déterminons la fréquence, le genre, le degré de ces complications.

Sur 2,338 fièvres intermittentes 658 étaient simples ; 1,680 étaient compliquées.

Sous le rapport de l'intensité des lésions viscérales, ces complications se sont présentées 1,123 fois au degré d'irritation, 557 au degré d'inflammation.

En étudiant dans quelles proportions ces complications ont varié suivant les types, j'ai trouvé 1,176 fièvres quotidiennes compliquées et 406 simples ; 488 tierces compliquées et 242 simples ; enfin, sur les 26 quartes, 16 étaient compliquées.

Suivant les types, ces complications sous le rapport

du degré se sont offertes : *1°* Sous des nuances irritatives, 761 fois dans le quotidien ; 350 fois dans le tierce ; 12 fois dans le quarte ; *2°* Sous des nuances inflammatoires, 415 fois dans les fièvres quotidiennes ; 138 fois dans les fièvres tierces ; 4 fois dans les fièvres quartes.

Sous le rapport du genre d'organes lésés :

1° Les voies digestives ont été malades 1,078 fois, savoir : isolément, 343 fois ; avec l'encéphale, 686 fois (1) ; avec les poumons, 36 fois ; avec l'encéphale et les poumons, 13 fois ; dans cinq cas enfin, il y avait engorgement chronique des viscères abdominaux. Sur ces 1,078 cas, 698 étaient sous forme irritative, 380 sous forme inflammatoire.

2° La rate a été malade isolément 25 fois.

3° Le péritoine isolément, une fois.

4° L'encéphale a été malade isolément 466 fois, dont 425 fois sous forme irritative et 41 sous forme inflammatoire.

5° La moëlle épinière a été malade isolément une fois.

6° Les poumons 103 fois.

7° La plèvre isolément 5 fois.

8° Enfin, un cas de fièvre tierce s'est offert avec complication d'angine couenneuse, sans lésion d'aucun autre viscère.

Suivant les types, les principales de ces lésions (celles des voies digestives et celles de l'encéphale) se sont montrées dans les proportions suivantes :

1° Dans les fièvres quotidiennes, les voies digestives ont été malades 759 fois : 475 fois sous forme irritative, 284 fois sous forme inflammatoire ; l'encéphale, 320

(1) C'est-à-dire que, dans ces cas, la lésion de l'encéphale a été assez intense pour être désignée sous l'une des dénominations suivantes : céphalalgie, irritation encéphalique, encéphalite.

fois : 286 fois sous forme irritative, 34 fois sous forme inflammatoire.

2° Dans les fièvres tierces, les voies digestives ont été malades 314 fois : 220 fois sous forme irritative, 94 fois sous forme inflammatoire ; l'encéphale 157 fois : 130 fois sous forme irritative, 7 fois sous forme inflammatoire.

3° Dans le type quarte, les voies digestives ont été malades 5 fois : 3 fois sous forme irritative, 2 fois sous forme inflammatoire ; l'encéphale 9 fois, et dans ces 9 cas, sous forme irritative.

Ces complications, sous le rapport de l'intensité, ont été en rapport direct avec l'élévation de la température ; elles ont été constamment influencées d'une manière fâcheuse par le vent du désert.

De l'ensemble de ces faits, c'est-à-dire de la fréquence des types, de la détermination des heures auxquelles reviennent le plus souvent les accès, du genre des complications, de leur degré, de leur fréquence suivant les types et les saisons ; de l'ensemble de ces faits, dis-je, on arrive à des conséquences du plus haut intérêt pour la théorie et la thérapeutique des fièvres intermittentes. Mais avant d'être formulés, de semblables corollaires exigent de longs développements et des travaux auxquels il est impossible de se livrer aux armées. Cependant, je crois pouvoir sans trop me hasarder établir dès maintenant les propositions suivantes qui ne sont que l'expression des faits :

1° Les fièvres intermittentes sont des lésions du système nerveux en général, et plus spécialement de l'axe cérébro-spinal.

2° Sous le rapport anatomique, comme fait constamment observable en premier lieu, ces lésions sont des hypérémies des grands centres nerveux.

3° Légères et localisées dans le système nerveux, sans irritations viscérales, ces hypérémies constituent

toujours, sous le rapport anatomique, les fièvres intermittentes simples.

4° Intenses et portées au plus haut degré, elles constituent les formes principales des fièvres pernicieuses, et, entre autres, les formes *comateuse*, *délirante*, *algide :* la forme *comateuse*, si la congestion s'isole ou au moins prédomine dans la substance blanche et centrale du cerveau ; la forme *délirante*, si la congestion s'opère sur les membranes d'enveloppe et sur la substance grise de la périphérie de l'encéphale ; la forme *algide*, si la congestion s'établit sur la moëlle épinière.

5° La mort arrive très souvent par l'une de ces trois formes, sans qu'aucun autre viscère se soit irrité sympathiquement. Tout se passe, tout s'isole dans l'appareil cérébro-spinal.

Interrogez les organes digestifs, interrogez les organes respiratoires ; ils sont muets. Analysez les symptômes de chacune de ces formes, et vous verrez où vous conduit cette analyse. Ouvrez les cadavres des hommes qui succombent et l'anatomie pathologique viendra confirmer les données fournies par la physiologie. Et de même que pendant les accès la physiologie vous avait révélé constamment le trouble des fonctions confiées à la moëlle épinière ou au cerveau, de même à l'autopsie l'anatomie pathologique vous démontrera constamment une altération plus ou moins profonde de la moëlle épinière ou du cerveau, depuis le degré le plus simple, depuis le degré où la substance nerveuse est simplement injectée jusqu'à celui où elle est ramollie et désorganisée.

6° Les désordres physiologiques des autres organes, leurs lésions matérielles ne sont que des accidents, que des complications ; seuls, ils ne peuvent donner lieu aux phénomènes fondamentaux de l'état morbide que l'on décrit sous le nom de fièvre intermittente. J'avance ces propositions parce que, d'une part, on trouve constamment à l'autopsie une altération du centre cérébro-spinal, et que souvent cette altération

existe seule ; parce que, d'autre part, les lésions des autres viscères n'existent pas toujours et que, lorsqu'on les rencontre, elles ne sont jamais isolées ; on trouve toujours avec elles celle de l'appareil cérébro-spinal.

7° Ainsi, pour moi, il n'y a pas de gastrite intermittente, de gastro-céphalite intermittente, dans le sens que l'on a attaché à ces expressions. Il n'y a, dans ces faits, que des congestions irritatives périodiques, subordonnées au retour des phénomènes nerveux, de ces phénomènes qui se passent principalement dans l'axe cérébro-spinal.

8° Dans les premiers accès, ces congestions secondaires sont ordinairement très faibles et se dissipent dans l'intervalle d'un accès à l'autre, d'où apyrexie complète, sans désordre fonctionnel des voies digestives ou respiratoires ; de même que, dans les fièvres simples, il n'existe ni faiblesse dans les membres, ni céphalalgie lorsque la congestion des centres nerveux se dissipe également.

9° Lorsque les accès se sont répétés plusieurs fois, lorsque surtout ils reviennent sous le type quotidien, chacun d'eux laisse dans les viscères quelques traces anatomiques de congestions. Bientôt les capillaires ne peuvent plus se débarrasser du sang que leur apporte chaque accès ; bientôt les tissus ne peuvent plus résister à la congestion sans cesse renaissante qui les fatigue, et il arrive de là que l'irritation fixée enfin anatomiquement se traduit par des symptômes plus ou moins continus, d'où prolongation de la réaction, c'est-à-dire des phénomènes fébriles, c'est-à-dire de la soif, de la rougeur de la langue, de la céphalalgie, de la chaleur de la peau ; d'où, en un mot, tous les symptômes d'une gastro-entérite, d'une gastro-céphalite, d'une pneumonie, etc., suivant les organes surirrités.

Voilà comment se déroule cette série d'accidents ; voilà comment, d'une simple congestion pendant les accès, les irritations viscérales arrivent par degrés et par le fait seul de la répétition des accès, à devenir

sous le rapport anatomique une inflammation. J'ai suivi tous ces progrès, j'ai trouvé toutes ces nuances sur les cadavres, depuis les cas nombreux où l'on ne rencontre dans la muqueuse digestive qu'une simple congestion qui se dissipe dans l'eau au bout de quelques minutes, jusqu'à ceux beaucoup plus rares où l'on observe les traces de l'inflammation la moins équivoque, cette rougeur qui résiste à la macération.

10° Il est un fait de la plus haute importance à signaler dans l'histoire des fièvres intermittentes, c'est que les irritations, même celles qui sont assez peu intenses pour ne pas persister dans l'intervalle des accès, donnent lieu à des symptômes aussi tranchés, aussi violents que ceux des gastro-céphalites aiguës.

Je dis que ce fait est de la plus haute importance parce que, si l'on s'en laisse imposer par les symptômes, on verra des inflammations là où il n'y a qu'une congestion irritative, et l'on craindra d'administrer le sulfate de quinine dans la crainte d'exaspérer la gastro-entérite, tandis que c'est le seul moyen de la prévenir, c'est-à-dire de s'opposer au retour des accès, au renouvellement de la congestion, à sa prolongation, à son implantation dans les tissus.

Si l'anatomie pathologique ne démontrait la vérité de ces propositions, je demanderais comment expliquer autrement le succès du traitement que j'ai opposé à ces affections et dont voici un exemple.

Deuxième Observation

Un soldat de la légion étrangère, âgé de vingt-neuf ans, assez bien constitué, entra à l'hôpital le 11 décembre, quatrième jour d'une fièvre quotidienne avec gastro-céphalite, et dont les accès revenaient à midi.

Il était dans l'accès, lorsque je le vis à la visite du soir, peu d'heures après son arrivée ; il présentait les symptômes d'une gastro-céphalite intense (diète, limonade, saignée de bras de quinze onces ; trente sangsues à l'épigastre ; 24 grains de sulfate de quinine en potion, à prendre en une fois, immédiatement après la saignée).

Le 12 au matin, apyrexie (diète, limonade, 24 grains de sulfate de quinine en potion, à prendre en une fois, comme la veille).

Point d'accès, point de céphalgie dans la journée.

Le 13, le malade est tout à fait bien (deux pommes cuites matin et soir, limonade).

Convalescence rapide ; cet homme sort le 24, après avoir mangé les trois quarts de la portion pendant cinq jours.

Ainsi, comme on le voit, j'en étais venu à donner le sulfate de quinine lorsque la réaction était encore dans toute sa force, lorsque les symptômes de gastro-entérite étaient dans toute leur violence.

Eh bien ! si l'altération anatomique avait été en rapport avec les symptômes, s'il y avait eu dans les tissus l'altération des gastro-entérites aiguës comme nous en observions les symptômes, loin d'obtenir presque constamment l'apyrexie en quelques heures n'eussions-nous pas au contraire activé l'inflammation, prolongé la fièvre en déposant le sulfate de quinine sur une membrane enflammée ? N'eussions-nous pas fait d'une congestion passagère, intermittente une lésion fixe, permanente, une gastro-entérite aiguë ?

Enfin, sur 250 fièvres intermittentes accompagnées de gastro-céphalites et traitées d'après ces principes, j'ai perdu 11 hommes, c'est-à dire 1 sur 20. Il est à remarquer que les 11 cas qui se sont terminés par la mort appartiennent tous aux fièvres quotidiennes.

Dans les fièvres pernicieuses, j'ai porté le sulfate de quinine à des doses beaucoup plus élevées encore comme on peut le voir dans l'observation suivante.

Troisième Observation

Un soldat du génie, âgé de 27 ans, fort bien constitué, sorti depuis 15 jours de mon service, où il avait été traité de l'affection endémique, fut apporté dans le coma le plus profond, le 21 janvier, à une heure de l'après-midi, le sixième jour, à ce qu'il nous raconta plus tard, d'une fièvre quotidienne dont les accès, accompagnés de violents maux de tête, revenaient à 11 heures du matin. (Prescription : Diète, limonade,

saignée du bras de 15 onces, 20 sangsues au front ; deux vésicatoires aux cuisses, deux sinapismes aux jambes ; 40 grains de sulfate de quinine en potion ; 60 grains dans un quart de lavement amylacé opiacé.)

Sous l'influence de cette médication, le coma diminua promptement ; dans la soirée, le malade avait les yeux ouverts, mais il ne paraissait pas comprendre encore ce qui se passait autour de lui. (Fomentations froides sur la tête, 24 grains de sulfate de quinine en potion.)

Le 22, à la visite du matin, le coma est entièrement dissipé ; mais les réponses sont lentes, la peau a sa chaleur naturelle. La langue est humide et rosée, le pouls nerveux. (Diète, limonade, 24 grains de sulfate de quinine.)

Point d'accès dans la journée ; le mieux fait des progrès rapides.

Le 23, le malade est tout à fait bien ; cessation du sulfate de quinine ; bouillon le soir.

Le 24, bouillon tout le jour.

Le 25, bouillon et deux pommes cuites.

Le 31, cet homme était à la demi-portion ; il sortit le 16 février, après avoir mangé les trois quarts pendant une dizaine de jours.

Voilà un cas des plus graves dans lequel cependant le malade a pu être remis au bouillon dès le surlendemain de son entrée ; voilà un cas dans lequel 148 grains de sulfate de quinine ont été donnés par la bouche et par le rectum en moins de 20 heures : voilà un cas dans lequel un homme passe, en quelques heures, d'un état voisin de la mort à une convalescence complète. Pour faire sentir toute la puissance de cette médication, je me contenterai de dire que pendant le seul mois de janvier 8 hommes furent apportés dans mes salles, dans des accès comateux et dans un accès délirant ; que tous furent soumis au même traitement ; que tous furent sauvés à l'exception d'un seul ; et que, à de légères nuances près, les choses se passèrent comme dans l'observation que je viens de rapporter.

Dans les fièvres *algides*, j'associai au sulfate de quinine l'éther que je donne quelquefois à la dose de plusieurs gros.

Je ne me dissimule pas ce qu'il y a d'étrange dans cette médication. Je sais avec quelle prévention elle doit être accueillie.

Mais, pour la juger, il faut se rappeler quelle marche ont suivie les épidémies de 1832 et de 1833 ; il faut se rappeler qu'avec ce traitement nous avons prévenu les fièvres typhoïdes, si fréquentes les années précédentes ; il faut se rappeler que de un mort sur trois et demi, nous avons ramené la moyenne à un sur vingt ; et je crois que, dans les questions de cette nature, on peut invoquer les résultats ; on peut prendre les chiffres comme le criterium d'un traitement, lorsque surtout ce traitement a été appliqué à des masses, et qu'il s'appuie sur l'expérience de plusieurs années.

Un de nos grands maîtres a dit, quelque part : « Rapportez-moi vos histoires quand vous voulez me » convaincre de l'utilité d'un moyen que ma raison » réprouve ».

Eh ! bien, ce n'est que par une longue série de tâtonnements et d'épreuves ; c'est en luttant sans cesse contre mes opinions médicales ; c'est irrésistiblement entraîné par les circonstances et la gravité des maladies ; c'est dominé par une impérieuse nécessité, que je fus amené à cette méthode de traitement que j'étais loin d'employer d'une manière aussi active pendant les premiers mois de mon séjour à Bône.

Mais, au mois de juillet, des morts promptes, rapides, imprévues, succédaient à des accidents peu graves en apparence, lors de l'entrée des malades à l'hôpital ; les fièvres les plus simples devenaient promptement pernicieuses.

Je retrouvais bien dans ces redoutables affections les caractères fondamentaux des maladies que j'avais traitées à Alger en 1833 ; j'employais la même médication ; pourquoi donc ces insuccès ? Pourquoi ces

morts rapides comme la foudre ? Pourquoi ces fièvres pernicieuses en si grand nombre ?

Je pensai que ces accidents si graves et si multipliés tenaient à ce que nos malades venaient du centre du foyer d'infection (camps et postes extérieurs) ; je pensai qu'il fallait pour les prévenir proportionner l'activité de la médication à l'intensité des causes. Ce fut alors que je me décidai à augmenter la dose de sulfate de quinine ; je la portai à 24 grains là où auparavant je ne la portais qu'à 16.

Vers cette époque, également frappé de l'affaissement profond qui succédait presque immédiatement aux déplétions sanguines, de la promptitude avec laquelle les symptômes d'*algidité* se déclaraient chez les hommes auxquels je faisais, comme au mois de juin, pratiquer de larges saignées, je dus modifier ce point de ma thérapeutique. Dès ce moment, mes saignées dépassèrent rarement 15 onces ; je n'allais au-delà que lorsque les principaux viscères étaient congestionnés simultanément. Après une saignée de 12 à 15 onces, je recourais avec plus de confiance aux applications de sangsues qu'à une seconde ouverture de la veine, que je ne renouvelais plus qu'avec beaucoup de réserves et même avec une espèce de répugnance.

C'est aussi à dater de ce moment que dans presque tous les cas, immédiatement après la saignée du bras, et sans attendre comme auparavant que la réaction circulatoire fut tombée, je fis prendre le sulfate de quinine à la dose de 24 et quelquefois de 40 grains. Plus tard même, il m'arrivait assez souvent de l'administrer avant toute déplétion sanguine, car j'en étais venu au point de craindre une prostration d'autant plus prompte et plus forte que la réaction elle-même était plus prononcée ; ou, si l'on aime mieux, que les symptômes de gastro-céphalites étaient plus intenses.

Sous l'influence de cette médication, les maladies changèrent de face ; les accès et les paroxysmes perni-

cieux furent de suite et moins nombreux et moins graves ; la mortalité, qui m'avait effrayé d'abord, s'arrêta.

Par l'emploi de cette médication, j'ai aussi, je crois, décidé un grand fait : c'est que, loin de déterminer les engorgements des viscères abdominaux, les hydropisies, les diarrhées, etc., le sulfate de quinine les prévient, en s'opposant au retour des accès. C'est, il n'en faut pas douter, la répétition des accès que l'on doit accuser seule de ces accidents consécutifs qui, à la fin des épidémies de fièvres intermittentes, viennent enlever les malades que les accès pernicieux avaient épargnés.

J'affirme que, à part quelques colites développées principalement sous l'influence de la constitution médicale des mois d'automne, ces accidents étaient à peu près inconnus dans mes salles.

Je résume les considérations générales que je viens d'exposer et je dis :

1° Les affections continues du Nord de l'Afrique, spécialement celles de Bône, sont des fièvres intermittentes et rémittentes, dont les accès ou les paroxysmes ont cessé d'être distincts.

2° Traitées par l'administration immédiate, et à haute dose, du sulfate de quinine, en même temps que par les saignées, les gastro-céphalites du Nord de l'Afrique s'arrêtent en quelques heures.

3° Traitées par les déplétions sanguines seulement, ces gastro-céphalites passent fréquemment typhoïdes dans les cas les plus heureux, c'est-à-dire lorsque les malades ne sont pas emportés dès les premiers jours par des paroxysmes pernicieux.

4° A Bône et à Alger les fièvres quotidiennes sont beaucoup plus fréquentes que les fièvres de tout autre type.

5° C'est de neuf heures du matin à midi que revient l'immense majorité des accès.

6° Les fièvres intermittentes, sous le rapport anatomique, sont des hypérémies des grands centres nerveux.

7° Légères, ces hypérémies constituent les fièvres simples ; portées au *summum*, elles constituent plusieurs variétés de fièvres pernicieuses.

8° Les irritations et inflammations viscérales qui accompagnent les accès sont des accidents, sont des complications.

9° Les irritations viscérales qui accompagnent les premiers accès sont de simples congestions ; ce n'est que par degrés que ces congestions deviennent des inflammations.

10° Le seul moyen de prévenir le passage de ces congestions actives à l'inflammation, c'est l'administration immédiate et à haute dose du sulfate de quinine, qui agit en s'opposant au retour des accès.

11° Enfin, c'est aussi par cette administration immédiate et à haute dose du sulfate de quinine que l'on prévient les accidents consécutifs, tels que l'engorgement des viscères abdominaux, les hydropisies, les diarrhées.

III. — LETTRE

adressée au Conseil de Santé des Armées par M. Maillot, à raison d'une critique dirigée contre sa doctrine par M. Gassaud, médecin en chef de l'Hôpital militaire de Bordeaux. (1)

Messieurs les Inspecteurs,

Le 48e volume des *Mémoires de Médecine, Chirurgie et Pharmacie Militaires* contient un travail de M. Gassaud lequel dit, page 177, en parlant de l'administration du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes pernicieuses : « Je sais que » quelques médecins de l'armée d'Afrique ont employé » ce sel à doses énormes. Je n'oserais imiter cet « exemple ; j'y serais d'autant moins porté, maintenant » que j'ai pu apprécier les succès qu'on se glorifiait » d'avoir obtenus.

» Beaucoup d'hommes, figurant au nombre des » guéris sur les cahiers de visite de l'hôpital militaire » de Bône, sont venus mourir aux hôpitaux d'Alger » avec des colites ulcéreuses occasionnées, sans nul » doute, par le sulfate de quinine pris en trop grande » quantité ; c'est ce qui résulte des diverses autopsies » faites en ma présence par MM. Maillefer et Dufour, » sous-aides attachés à mon service, en décembre 1834, » à l'hôpital de la Salpétrière d'Alger ».

Je me suis demandé, Messieurs, si je devais répondre à M. Gassaud ; si, avec mes antécédents et dans ma position, le silence n'était pas la meilleure réponse à une imputation que vous savez si peu vraie. Car vous

---

(1) Lettre datée de Metz, 18 août 1840, et insérée dans le 49e Volume des *Mémoires de Médecine Militaire.*

savez que j'ai dit la vérité, et les documents officiels que vous avez entre les mains le constatent. Ces documents, fournis par l'autorité militaire, déposent que sur les 11,593 malades reçus à l'hôpital de Bône pendant mon administration, très peu ont été évacués sur Alger et que parmi ces évacués il en est mort à peine quelques-uns. Et encore, ces hommes, appartenant presque tous à la légion étrangère, eussent-ils peut-être tous été sauvés si, comme pour les soldats de l'armée régulière, il eut été possible de les envoyer en France ; mais nos instructions s'y opposaient, et en restant indéfiniment à Alger, ces militaires se trouvaient dans des circonstances presque aussi défavorables qu'à Bône.

M. Gassaud sait aussi bien que vous et que moi à quelles causes il faut attribuer les résultats cliniques que j'ai obtenus à Bône ; il sait que je les dois à ce que j'ai reconnu la nature des maladies qui avait échappé à la sagacité de nos prédécesseurs ; à ce que j'ai évité l'erreur où ils étaient tombés ; à ce que j'ai saisi le caractère pseudo-continu des gastro-céphalites que, avant mon arrivée, l'on ne traitait que par les anti-phlogistiques, dans la croyance où l'on était que l'on avait affaire à des affections *réellement continues*.

En racontant mes succès sans ostentation, et mes revers avec franchise, en recueillant mes notes au grand jour, en présence d'officiers de santé qui, pour leur propre compte, en prenaient également dans mes salles pour les publier ensuite de leur côté, j'espérais éviter ces ridicules imputations ; j'espérais aussi dire des choses utiles et qui tourneraient au profit des ignorants ou des médecins qui n'avaient pas l'habitude de ces maladies.

Je n'ai jamais reculé devant les difficultés soulevées par la question des colites chroniques, consécutives aux fièvres intermittentes. C'est un point que j'ai même d'autant plus longuement traité (et ceci surprendra beaucoup M. Gassaud) qu'il vient

à l'appui de ma médication. Voici ce que je dis dans mon *Traité des Fièvres intermittentes*, page 237 (1); et ce passage reproduit dans un journal consacré spécialement aux officiers de santé militaires, ne sera pas sans fruit pour ceux d'entre eux qui auront à traiter les affections dont nous parlons... « Je n'ai pas cherché à dissimuler la part qu'ont à revendiquer, dans la mortalité de mon service, les affections soit aiguës, soit chroniques de la partie inférieure du tube digestif. Je sais cependant qu'on ne manquera pas d'attribuer ces résultats à l'abus du sulfate de quinine. Mais cette critique tombe d'elle-même, par cela seul qu'il n'est pas une épidémie de fièvres intermittentes où l'on n'ait eu à observer ces colites dans des proportions infiniment plus considérables. Aussi, je ne crains pas de l'avancer, loin de déterminer ces diarrhées chroniques, le traitement par le sulfate de quinine, tel que nous l'avons employé et que nous le décrirons plus tard, prévient souvent et retarde toujours, au contraire, leur apparition. Ceci est encore une question de pratique, et je m'explique.

» Ce que j'ai été à même d'observer en Corse et en Afrique m'a appris que ces affections que nous n'avons occasion de signaler qu'au mois de septembre, se rencontrent, en grand nombre déjà, dès le mois de juillet et août, lorsqu'on traite mollement les fièvres intermittentes ; elles se montrent ensuite à l'automne, d'autant plus fréquentes qu'on a attaqué moins hardiment, dans les mois précédents, les récidives ordinaires à ces pyrexies et qu'on a laissé se succéder un plus grand nombre d'accès ou de paroxysmes, dans le cours de chacune d'elles. C'est un fait incontestable, qu'après plusieurs rechutes l'irritation s'établit de préférence sur la partie inférieure de la membrane muqueuse gastro-intestinale, tandis qu'au début elle siège pres-

---

(1) *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*, J. B. Baillière, 1836, Paris.

que exclusivement dans les deux sections supérieures ; et ce, parce que l'estomac et l'intestin grêle si irritables d'abord ont fini par s'accoutumer pour ainsi dire à la congestion qui accompagne les accès, et à ne plus la ressentir, tandis que le gros intestin plus difficilement excitable, à sympathies moins actives, moins étendues, s'irrite enfin alors que l'estomac est inerte à son tour. Ne pourrait-on pas rapporter aussi la ténacité de ces colites à cette moindre énergie vitale de la membrane muqueuse du gros intestin ? Car, de même qu'il a fallu, pour l'altérer, de nombreuses et fréquentes attaques, ne faut-il pas aussi un temps plus long pour qu'elle rentre à l'état normal ? Eh bien ! en arrêtant de suite la marche des fièvres intermittentes, on prévient la lésion anatomique dont la diarrhée n'est que la révélation. On ne met pas à l'abri des rechutes, il est vrai ; mais comme à chaque récidive il n'y a eu qu'un ou deux accès, les tissus à peine ébranlés par les congestions ont eu le temps de se remettre avant de recevoir une nouvelle secousse, et il en résulte que la fièvre reste dans les conditions qu'elle avait au début. Au surplus, quelle que soit l'explication que l'on veuille donner du fait, il me paraît avoir force de chose jugée ; pour mon propre compte, je résume ma conviction sur ce point, en disant que, dans les épidémies de fièvres intermittentes, les iléo-colites chroniques consécutives sont, pour le nombre, en raison directe du retard qu'on apporte dès les premiers mois à enrayer les accès ».

Il y a loin de là à ce que pense M. Gassaud ; et s'il avait médité ces lignes, il se serait abstenu d'écrire comme il l'a fait ; il eut appris aussi que ses profondes observations sur l'action meurtrière du sulfate de quinine sont aujourd'hui vieilleries usées. Tout médecin, d'une instruction même médiocre, sait combien sont vraies ces réflexions sur la fréquence des affections du gros intestin consécutives aux fièvres intermittentes, quelles qu'aient été les médications

antérieures ; et il n'appartenait pas au médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux de l'ignorer. Il y a quelques années à peine que des praticiens, tout aussi judicieux observateurs que M. Gassaud, accusaient également le sulfate de quinine de donner naissance aux engorgements des viscères abdominaux et aux hydropisies que l'on voit si souvent à la suite des mêmes maladies. C'est là encore une opinion que j'ai combattue, en m'appuyant toujours sur des résultats cliniques. Aujourd'hui la question a bien changé de face ; car des médecins d'un haut mérite proclament que l'administration du sulfate de quinine, combinée avec l'emploi de légères déplétions sanguines, est la médication par excellence pour dissiper les hydropisies et les engorgements.

M. Gassaud n'est pas plus heureux lorsqu'il vient s'appuyer sur le témoignage de MM. Maillefer et Dufour. M. Maillefer n'a rien écrit sur les fièvres intermittentes. Quant à M. Dufour, il a soutenu sa thèse sur les maladies qu'il avait eu occasion d'observer en Afrique, à Bougie et à Alger avec M. Gassaud, à Bône avec moi et avec mes prédécesseurs, et j'y lis, page 23, au sujet du sulfate de quinine : « Les heureux » succès qu'en a obtenus M. Maillot, médecin en chef » de l'Hôpital militaire de Bône en 1834, ont prouvé » de la manière la plus évidente que son administra- » tion n'était pas intempestive et qu'elle réclamait une » grande habileté ; car, en comparant la mortalité des » années précédentes avec celle de cette époque, la » différence était immense et hors de toutes propor- » tions. Ainsi en 1833 on comptait à peu près, terme » moyen, un mort sur trois ou quatre sortants ; en » 1834 à peine en comptait-on un sur vingt.... Je vais » maintenant exposer la thérapeutique hardie que ce » médecin distingué avait osé employer et que les » autres praticiens avaient promptement suivie. »

Voilà ce qu'a écrit M. Dufour dans sa thèse présen-

tée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris le 20 juillet 1836, après avoir été témoin en 1832 et 1833 des meurtrières épidémies de Bône ; après avoir constaté en 1834 les merveilles enfantées par M. Gassaud ; après avoir vu enfin au commencement de 1835, à la fin de l'épidémie, notre médication appliquée à plusieurs milliers de malades. Que M. Gassaud soit donc parfaitement tranquille ; en marchant sur mes traces, à Bône, on ne nuira ni à la médecine ni aux malades.

M. Gassaud devrait savoir que dans les sciences une assertion n'est pas détruite par une négation. Pour avoir quelque valeur, pour n'avoir pas le vernis d'une coupable légèreté et quelquefois une apparence plus grave encore, cette négation doit s'appuyer sur des preuves. Si donc M. Gassaud ne veut pas rester au-dessous de ce qu'il a avancé, il devra prouver : 1° Que beaucoup de nos malades sont allés mourir à Alger ; 2° Que les colites auxquelles ces hommes ont selon lui succombé étaient dues à l'action du sulfate de quinine prescrit à des doses énormes ; 3° Enfin que dans les épidémies de fièvres intermittentes et pseudo-continues, où lon donne peu ou point de sulfate de quinine, on ne voit plus de ces colites ulcéreuses. En adversaire généreux, je lui trace son cadre et je lui donne une bien belle tâche ; s'il la remplit, ce sera rendre un service éclatant à l'armée, ce sera effacer de tristes souvenirs que je veux bien ne pas rappeler ; ce sera aussi faire avancer la science, car jusqu'à présent il est à démontrer, je ne dis pas à écrire, que le sulfate de quinine agit d'une manière aussi spéciale et aussi désorganisatrice sur le gros intestin. Mais, n'en sera-t-il pas un jour des colites comme des engorgements viscéraux et des hydropisies ? Je ne sais ; mais ce que je n'ignore pas, c'est que contrairement à l'assertion de M. Gassaud, j'avais apporté la plus grande sévérité dans le service de ces espèces d'évacuations, qui sont pour l'armée d'Afrique une nécessité, comme pour nos autres

colonies où l'acclimatement est un rêve ; et parmi les réformes que j'ai introduites à l'hôpital de Bône, cette sévérité n'a pas été la moins féconde en résultats heureux. C'est antérieurement à mon arrivée, et je le répète une fois pour toutes, que de Bône on dirigeait sur Toulon et sur Marseille des malades dans un état tel que, dans une seule traversée, 21 de ces malheureux succombèrent sur le *Marengo*. C'est encore là une calamité que j'ai fait cesser en 1834, en donnant à ces évacuations leur véritable destination, qui était d'envoyer momentanément en France les hommes qui avaient été trop fortement éprouvés par le climat, ceux dont les fièvres récidivaient à chaque instant. Les registres des lazarets et des hôpitaux de Marseille et de Toulon en font foi ; il était facile de s'en convaincre.

Je demande avec instance que cette lettre soit insérée dans le prochain numéro du *Recueil des Mémoires de Médecine, Chirurgie et Pharmacie militaires*. C'est de là qu'est partie l'attaque ; c'est là qu'il me doit être fait une réparation. Vous ne pouvez pas, Messieurs, donner à cette attaque la sanction de votre silence ; car vous taire et refuser l'insertion de cette lettre, ce serait donner votre approbation à ce qu'a écrit M. Gassaud ; ce serait le placer sous votre égide ; ce serait dire que j'ai cherché à propager une médication dangereuse pour l'armée ; ce serait dire que j'ai voulu vous tromper sur mes résultats cliniques ; et vous ne le ferez pas, parce que vous ne le pensez pas.

IV. — NOSOLOGIE

Mémoire sur les fièvres pseudo-continues ou fièvres continues à quinquina (1)

J'ai donné le nom de fièvres *pseudo-continues* aux fièvres *intermittentes* qui, sous l'influence de conditions qui restent peut-être à déterminer, affectent dès leur début et pendant un temps plus ou moins long une marche analogue aux fièvres que les anciens nosographes appelaient fièvres *continues*, fièvres *essentielles*, que Broussais avait expliquées par la *gastro-entérite* et qu'aujourd'hui on désigne sous la dénomination de *fièvre typhoïde*.

J'avais voulu par là fixer l'attention des médecins sur un point de pathologie qui paraissait tombé dans l'oubli. Cette expression rendait plus parfaitement ma pensée, en signalant les caractères essentiels de ces affections, leur continuité d'une part et, d'autre part, leur tendance à passer à l'intermittence ou à la rémittence. Celle de *subcontinue* me paraît dangereuse, en ce sens qu'elle me semble entraîner l'idée que ce n'est que secondairement, que subsidiairement que la fièvre devient continue ; avec elle on est invinciblement porté à chercher dans le cours de la maladie la *subintrance* avant la *subcontinuité*, avant la *con-*

---

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1846. Réponse à Casimir Broussais.

tinuité ; et ce n'est pas ainsi, on ne saurait trop le répé ter, que marchent d'ordinaire les fièvres continues à quinquina, bien que ce mode de progression vers la continuité ne-soit point rare. Mais on voit bien plus souvent, pendant la saison des chaleurs et dans l'intensité des épidémies de fièvres intermittentes, la continuité se manifester dès le premier jour, s'établir de prime saut et faire place ensuite, par des degrés successivement décroissants, à la *rémittence*, à la *subintrance*, et enfin à l'*intermittence*.

Senac, bien qu'il ait observé dans des localités infiniment moins favorables que la Corse et l'Algérie au développement de ces fièvres intermittentes d'apparence continue, a néanmoins parfaitement saisi et exprimé les idées que je viens de rappeler. Voici ce qu'il dit (1) : « Per œstatem torridam et per insequen- » tem autumnum, grassabantur febres statim conti- » nuœ, at per dies tantummodo, quinque aut sex ; » deinde, vero, intermittentium more cursum absol- » vebant. » Voilà bien les fièvres que j'ai appelées spécialement pseudo-continues. L'année suivante, c'est une marche inverse, c'est celle qui me semble constituer la véritable sub-continue : « At, sequenti anno, » dit-il, cum tertianarum duplicium aut simplicium » ritu incœpissent, in continuas quindecim aut vigenti » dierum abire solebant... »

On trouve des faits analogues dans tous les Anciens qui ont écrit sur les fièvres intermittentes ; c'est donc une question purement historique et sur laquelle je n'ai pas à insister.

Comme eux, j'ai pris pour base de mes dénominations le *type* de ces fièvres, et c'est ce qui m'a conduit à la classification que j'ai adoptée, savoir : 1° fièvres intermittentes proprement dites ; 2° fièvres rémittentes ; 3° fièvres pseudo-continues.

---

(1) *De Recondita febrium rerum intermittentium*, etc., p. 161. — Genevœ, 1769.

M. Boudin est parti d'un autre point que moi et il est allé plus loin ; car il regarde ces fièvres comme des *fièvres continues*, mais comme des fièvres continues spéciales. Il ne donne plus aux fièvres paludéennes soit la périodicité, soit l'intermittence pour caractère commun ; il place celui-ci dans *l'identité de la cause pathogénétique, ou, si l'on aime mieux, l'intoxication marécageuse.*

Puis, il dit, page 131 (1) :

« 1° Que l'intoxication des marais est susceptible » de se phénoméniser sous les types intermittent, » remittent et continu ;

» 2° Que la phénoménisation pathologique présente » généralement des intervalles d'autant plus courts, » c'est-à-dire s'approche d'autant plus de la continuité, » que la latitude géographique ou la saison de l'année » semblent plus favorables au dégagement de la ma- » tière miasmatique ;

» 3° Qu'il est dès lors permis de considérer le type » des maladies de marais, comme exprimant dans les » divers pays, comme dans l'évolution annuelle, » l'intensité ou le degré d'intoxication. »

Que l'on note bien toutefois que, au point de vue pratique, nous sommes parfaitement d'accord malgré cette dissidence apparente. Tous deux, en effet, nous pensons que ces affections paludéennes sans intermittence, sans rémittence, sont dues à la même cause que les fièvres intermittentes proprement dites qui règnent en même temps, et qu'elles réclament le même traitement ; seulement, conséquents tous deux à nos doctrines, je donne le sulfate de quinine comme antipériodique, parce que je soupçonne de la rémittence derrière cette continuité, et lui le prescrit comme agent de désintoxication.

---

(1) *Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues des pays chauds et des contrées marécageuses.* — Paris, 1842.

Cette question paraissait donc jugée définitivement pour le fond, et tout semblait se réduire à une question de forme, à rencontrer une qualification exacte à la chose elle-même. Car si le mot *pseudo continu* paraît ne pas convenir à une affection intermittente, d'un autre côté il faut donner à ces fièvres continues toutes particulières une dénomination qui les distingue des autres fièvres continues, de la fièvre typhoïde en un mot, pour rester dans le langage de l'école actuelle ; sans cela il sera impossible de s'entendre, ainsi que l'a si bien exposé M. Littré, dans le passage suivant :

« Le nom de *continues*, dit-il (1), a été l'origine » d'une grave confusion, qui est loin d'avoir cessé et » qu'on aurait évitée si on s'était rigoureusement » tenu dans les termes d'Hippocrate. En effet, ce mot » a une toute autre signification dans les climats » chauds que dans les climats tels que le nôtre. Les » médecins qui ont écrit sur les fièvres des pays » chauds les ont divisées en intermittentes, rémit- » tentes et continues. Mais les *continues* des uns » sont-elles les *continues* des autres ? Pas le moins » du monde. Et l'erreur a été fréquemment récipro- » que, c'est-à-dire que les pathologistes des pays » chauds ont été entraînés à assimiler leurs fièvres » aux nôtres, et que des pathologistes de nos pays ont » été non moins entraînés à assimiler nos fièvres aux » leurs. C'est cette confusion qui seule a empêché de » reconnaître le véritable caractère des observations » particulières des *épidémies*. Mais si l'on s'était tenu » rigoureusement dans la dénomination d'Hippocrate, » qui par « continues » entendait à la fois les fièvres » intermittentes et continues, on aurait reconnu » que cette désignation appartenait à une autre mala- » die que nos fièvres continues, qui ne sont pas » susceptibles d'être indifféremment rémittentes ou

(1) Œuvres complètes d'Hippocrate, t. II, p. 576.

» continues. C'est là, je le répète encore, le caractère
» essentiel qui distingue de nos fièvres continues les
» fièvres continues des pays chauds et de toutes celles
» qui doivent à des conditions locales d'être compa-
» rables à celles des pays chauds... C'est donc avec
» un très juste sentiment de distinction réelle et fon-
» damentale que M. Maillot a donné le nom de
» *pseudo-continues* aux fièvres continues des pays
» chauds.... »

Je ne tiens, du reste, à cette appellation que parce que je la crois très propre à donner l'éveil sur la nature des maladies qu'elle signale ; et je suis tout disposé à admettre les expressions équivalentes, telles que fièvres *paludéennes continues*, *fièvres continues à quinquina*, *fièvres continues limnhémiques*, *etc....*

Je fais donc très volontiers abandon de la dénomination elle-même, mais non de la chose qu'elle représente. Cette chose, je la retrouve consignée dans tous les anciens écrivains; je l'ai vue sous toutes les faces ; je l'ai observée dans ses moindres détails ; et mon observation a été confirmée récemment par des hommes recommandables qui, dissidents sous plusieurs rapports, ont du moins été unanimes sur ce point.

C'est donc avec un vif sentiment de surprise que j'ai trouvé une opinion contraire dans le Mémoire que M. Casimir Broussais vient de publier (1), et que j'y lis ce qui suit :

« Maintenant est-il nécessaire d'admettre cette
» troisième espèce de fièvres qui ne serait pas continue,
» qui ne serait pas intermittente, ni rémittente, qui
» serait pseudo-continue, suivant l'expression de
» M. Maillot, *spuria continens* selon celle de Torti ?
» Je dois avouer que je n'ai pu reconnaître cette
» nécessité, malgré le soin que j'ai mis à étudier la

(1) *Recueil des Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires.* (Notice sur le climat et les maladies de l'Algérie), t. LX. — Paris, 1846.

» rémittence sous toutes les formes, Telle est aussi
» l'opinion de mon frère, après six ans de séjour en
» Afrique. Nous avons pu facilement ranger tous les
» cas qui se sont présentés à nous dans l'une de
» ces deux catégories ; nous avons trouvé des fièvres
» intermittentes et des fièvres rémittentes ; mais des
» fièvres à quinquina qui ne fussent ni rémittentes,
» ni intermittentes, nous n'en avons pu distinguer
» une seule.

» Si l'on veut absolument diviser, que l'on établisse
» dans l'ordre des rémittentes une sous-division à
» laquelle on appliquerait l'épithète de pseudo-continue
» ou une autre analogue, si l'on croit devoir faire
» un choix des cas dans lesquels les phénomènes
» continus sont les plus frappants ; mais ce sera une
» division peu importante sous le double point de
» vue de la pathogénie et de la thérapeutique. En effet,
» toute fièvre rémittente a l'apparence de la continuité,
» et sous ce rapport est pseudo-continue ; c'est en
» cela, qu'elle diffère de l'intermittente... J'admets
» volontiers l'expression de M. Maillot, quoique hy-
» bride, à condition qu'on lui donne le sens de la
» *spuria continens* de Torti.

» Ce n'est pas, au reste, sans y avoir sérieusement
» réfléchi que j'ai rejeté la troisième catégorie de
» fièvres proposée de nos jours. Lorsque, après avoir
» observé avec le plus grand soin les nombreux cas
» qui se présentaient à moi, j'ai relu les observations
» de Torti, de Bailly, de M. Maillot lui-même, je n'ai
» pas trouvé un seul cas dans lequel on ne put noter
» au moins un des symptômes que j'ai dit caractériser
» la fièvre rémittente. Tantôt la maladie se présente
» sous la forme de continuité ; elle est réellement
» continue ; puis il survient tout à coup, comme
» l'avait indiqué Torti, des phénomènes irréguliers
» qui ont un caractère soit d'intermittence, soit de
» rémission ou de mobilité qui font reconnaître, à
» l'instant, la complication dont il s'agit... »

Ces propositions me paraissent de nature non-seulement à faire rétrograder la science, mais encore à compromettre de nouveau la thérapeutique d'une partie des maladies propres à l'Algérie, et à engager une seconde fois les médecins militaires dans une voie où dans les premiers temps de l'occupation ils ont rencontré bien des écueils.

En effet, M. C. Broussais dit qu'il *n'a pas trouvé de fièvres à quinquina qui ne fussent soit rémittentes soit intermittentes; qu'il n'a pu en distinguer une seule; qu'il a pu facilement ranger tous les cas qui se sont présentés à lui dans les deux catégories (fièvres rémittentes, fièvres intermittentes), enfin que telle est aussi l'opinion de son frère, après six ans de séjour en Afrique.*

Je ne mets pas en doute la certitude du diagnostic de M. C. Broussais, mais je m'explique facilement comment il a pu y être conduit. Il n'a vu qu'une épidémie en Afrique, et encore cette épidémie a eu une *explosion tardive*, ce qui dénote une médiocre intensité dans ses causes; de plus, et surtout, il n'a observé qu'à Alger, pays où la rémittence est généralement saisissable ainsi que je l'ai dit ailleurs, ainsi qu'il ressort encore de travaux que nous aurons occasion de rappeler. Dans les conditions donc où il a été placé, il a pu facilement trouver la rémittence ou l'intermittence, même dès le début de la maladie.

Cependant, il dit : « Tantôt la maladie se présente sous la forme de la continuité; elle est réellement continue; puis il survient tout à coup, comme l'avait indiqué Torti, des phénomènes irréguliers qui ont un caractère soit d'intermittence, soit de rémission ou de mobilité qui font reconnaître à l'instant la complication dont il s'agit. »

La complication....? Non, ce n'est pas là ce qui constitue la complication; ce qui la forme, c'est la cause, quelle qu'elle soit, qui imprime à la maladie la *forme de continuité*, comme dit M. Broussais.

C'est au contraire lorsque la maladie est dépouillée de sa complication, que son caractère réel et fondamental se met à nu et se révèle par *ces phénomènes irréguliers qui sont un des caractères soit d'intermittence, soit de rémission ou de mobilité.*

Mais avant qu'apparaissent ces phénomènes qui la constitueront intermittente ou rémittente, que fera-t-on de cette fièvre qui a la *forme de continuité,* si l'on n'en fait pas, dès ce moment, une *fièvre à quinquina ?*

La rangera-t-on dans les variétés de la fièvre typhoïde de l'école actuelle ? Sera-ce une des nuances de la gastro-entérite de la doctrine physiologique ? Sera-ce une des espèces de fièvres essentielles ?

Evidemment on ne pourra l'enchâsser dans ces cadres, parce que dans ces dernières maladies on n'a pas comme chose essentielle ces *phénomènes irréguliers* qui se présentent ici, parce que encore, et c'est un terrible argument, les médications propres à la fièvre typhoïde, à la gastro-entérite, aux fièvres essentielles, donnent ici une mortalité hors de toute proportion avec celle que fournit la médication spéciale des fièvres intermittentes.

Que l'on n'espère pas sortir de la difficulté en disant, avec M. Broussais : « Toute fièvre rémittente a l'apparence de la continuité et sous ce rapport est pseudo-continue ; c'est en cela qu'elle diffère de l'intermittente. » (Page 87). En vérité, je ne comprends pas que cette objection ait été présentée sérieusement ; et je ne l'accepte pas, car une fièvre rémittente, après tout, est une fièvre rémittente et elle n'est pas une fièvre qui a la forme de la continuité. J'ai donné, ce me semble, des fièvres rémittentes une définition assez nette pour faire comprendre en quoi, pour moi comme pour tous, elles diffèrent des intermittentes proprement dites d'une part, et, d'autre part, des fièvres continues à quinquina. Cette définition a même paru assez exacte aux savants auteurs du *Compendium de Médecine*

Pratique, pour qu'ils l'aient adoptée ; la voici : « Des accidents continus avec des redoublements périodiques annonçant leur exaspération par des frissons, leur déclin par des sueurs ; pouvant devenir tout à coup pernicieux et cédant à une médication particulière. Tels sont les faits qui spécialisent les fièvres rémittentes. »

Après avoir exposé les caractères généraux, les faits types en quelque sorte des fièvres intermittentes, j'ai fortement appelé l'attention aussi sur celles de ces fièvres dont les phénomènes spéciaux vont s'affaiblissant de plus en plus et se réduisent à ne plus se montrer que comme une ombre. J'ai cité des faits à l'appui; c'était raconter ce que je venais de voir ; j'ai rappelé ce que j'avais lu sur ce sujet et j'ai écrit, page 105 de mon *Traité des Fièvres* : « D'après la netteté plus » ou moins grande des paroxysmes, Baumes établit » trois séries de fièvres rémittentes, et l'observation » clinique confirme cette importante distinction.

La première comprend toutes les fièvres dont chaque paroxysme débute par le frisson ; la deuxième renferme toutes celles dont les reprises commencent par une simple réfrigération des extrémités et du nez, ou par une toux plus ou moins vive ; la troisième rassemble toutes celles dont les paroxysmes n'ont dans leur premier temps ni frisson, ni refroidissement partiel, et ne sont remarquables que par la recrudescence de la fièvre, par une augmentation de chaleur âcre et des autres accidents fébriles, qui décroissent après être montés à leur plus haute période.

Je connaissais donc les nuances les plus délicates des fièvres rémittentes, et si elles ne m'ont pas suffi pour la classification des fièvres à quinquina, c'est qu'il est dans la nature de celles-ci de se présenter encore sous une autre forme ; nous n'aurons que trop tout-à-l'heure la démonstration de ce j'avance ici ; on verra où con-

duisent ces idées sur l'intermittence et sur la rémittence appliquées aux fièvres des pays chauds et marécageux.

Il faut subir les conséquences des principes que l'on a posés;et lorsqu'on a pris pour base de ses distinctions le type des fièvres, on est bien forcé de dire que l'on n'a pas à faire ici à une véritable fièvre continue. M. Boudin et ceux qui professent ses idées échappent à cette difficulté, par ce que la fièvre est pour eux, relativement à la marche, *continue*, bien que, relativement au fond, elle reste, comme pour moi une *fièvre à quinquina* ou à tout autre modificateur qui aurait la même puissance que cet agent thérapeutique.

En cela, M. Boudin est beaucoup plus logique que moi ; car il n'est pas obligé d'adresser des antipériodiques à des accidents de forme continue ; et si j'avais à recommencer mon *Traité des Fièvres intermittentes*, je n'hésiterais pas, je crois, à adopter les bases de sa classification tout en faisant ressortir, comme je l'ai fait, la tendance des affections continues paludéennes à reprendre les allures de l'intermittence et de la rémittence, aussitôt qu'une cause quelconque vient à faire baisser la réaction circulatoire.

Les fièvres dont parle M. C. Broussais ne sont donc pas de la famille des véritables pyrexies continues, essentielles ; elles en ont l'écorce, mais pas le fond ; la forme, mais non la nature ; et c'est, je le répète, ce qui m'a conduit à leur donner le nom de fièvres pseudo-continues.

Sans doute, plus tard — et cela dans un grand nombre de cas — après six, huit, dix, douze, vingt jours de durée, on finit par découvrir des phénomènes d'intermittence ou de rémittence. Mais il faut bien qu'il en soit ainsi pour pouvoir rattacher ces affections aux fièvres à fond intermittent ; sans cela, elles seraient de véritables fièvres continues et je n'aurais pu les

définir « celles dans lesquelles il n'y a plus ni apyrexie, » ni paroxysmes à retour appréciable et qui ne révè- » lent leur nature que par l'explosion brusque d'acci- » dents exclusivement propres aux fièvres intermit- » tentes » (1).

Ces accidents, quels sont-ils ? C'est du coma ou du délire qui tuent souvent comme la foudre, c'est l'apparition des phénomènes ataxo-adynamiques infiniment plus prompte que dans les fièvres continues proprement dites. Je sais très bien que dans les localités peu marécageuses et que dans certaines épidémies, les signes par lesquels se révèle le génie intermittent de ces affections n'ont pas toujours la même intensité que celle que je signale ici. Mais qui viendra jamais, quand on connaît bien la marche de ces maladies, quand on sait que souvent, contre toute prévision, les accidents les plus graves succèdent, sans intermédiaire aucun, aux accidents les plus bénins ; qui voudra, dis-je, exposer ses malades à des chances toujours périlleuses, pour attendre la rémittence ou l'intermittence, quand surtout, d'une part, l'expérience a appris que le quinquina arrête ces fièvres alors qu'elles ont encore la forme continue, alors qu'elles sont encore dans toute leur acuité. Ce sont, du reste, des considérations pratiques sur lesquelles nous insisterons tout à l'heure.

Je veux seulement ici constater que M. Broussais lui-même, malgré ses premières assertions, est obligé de convenir qu'il a vu des fièvres qui, bien que manifestant plus tard leur nature intermittente, se sont présentées d'abord sous *la forme de la continuité.* Je constate aussi que, si ces faits ne l'ont pas frappé davantage, si cette division des fièvres intermittentes lui a paru peu importante *sous le double point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique*, cette conclusion tient, je n'en doute pas, aux circonstances de

(1) *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*, p. 12, Paris 1836.

plains de n'avoir pas compris. Oui, Monsieur, je suis élève du Val-de-Grâce, de cette école qui a tant fait progresser la science et dont l'influence, malgré ses erreurs, se perpétuera de siècle en siècle. Oui, Monsieur, enchaîné par le respect et par ma foi en la parole du Maître, je croyais, à mon arrivée en Corse, à la fièvre intermittente telle qu'on l'entendait au Val-de-Grâce, et je l'ai écrit ; c'était au moins prouver que je ne suis pas du nombre de ceux de *ces jeunes hommes qui n'ont que du mépris pour les anciens et les modernes.*

Mais, lorsque j'ai publié en 1834, 35 et 36, mes divers travaux sur les fièvres de l'Algérie, j'étais en dissidence complète avec l'école qui m'avait élevé ; Messieurs Casimir Broussais et Hutin viennent de vous le dire. C'est même là, vous le savez très bien, le point de départ des écrits importants qui se sont succédé sur les maladies d'Afrique. Mais, altérant la portée des faits, vous donnez comme exprimant ma pensée dernière les observations que je cite, au contraire, pour montrer les tâtonnements par lesquels nous avons dû passer pour arriver à la véritable médication des affections paludéennes. Ces faits, je les signalais précisément pour éviter à nos successeurs les épreuves douloureuses que nous avions traversées. C'est donc, de votre part, un procédé qui n'est ni loyal ni adroit.

C'est avec la même déloyauté et la même maladresse que vous appliquez aux fièvres des pays chauds et marécageux ce que je dis des mêmes fièvres dans les pays tempérés. Vous avez cependant dû voir qu'à la page 347 je parle du traitement de ces dernières, et que c'est à la page 369 que se trouvent exposés les principes de la thérapeutique propre aux premières. Relisez donc ces passages, Monsieur ; et vous verrez que personne, plus que moi peut-être, n'a insisté sur la nécessité, dans les pays chauds et marécageux 1° de donner le sulfate de quinine, *immédiatement* ; 2° de l'administrer à des doses très élevées.

Il nous reste un mot à dire des saignées combinées avec l'emploi du sulfate de quinine. C'est aujourd'hui, comme vous l'apprend M. Casimir Broussais, la médication de la plupart des médecins de l'Algérie ; c'est la médication qui a paru la plus rationnelle, et c'est ce qui me procure l'occasion de vous adresser ces quelques lignes. Parmi les Anciens, il en est très peu qui n'aient pas saigné plus ou moins. Sénac, par exemple, que vous invoquez avec tant d'effusion, était, dans ces cas, un saigneur bien autrement hardi que les médecins de notre époque. Ou vous ne l'avez pas lu, ou vous avez oublié ce qu'il dit, car vous y trouvez ce qui suit : « Mihi quidem quoties initio pertinax occurrit febris » quœcumque intermitttens, vel intenditur ejus vis, » ad venœ sectionem, licet antea celebrata, sit, con- » fugere semper mos est, nec me unquam eam ten- » tasse pœnituit. » Vous y voyez encore que, ainsi que moi, il sait que dans plusieurs circonstances, les évacuations sanguines ont paru augmenter la gravité des accidents ; et cela précisément, quand les saignées n'ont pas été assez larges : « Cum parcius, dit-il, » adhibita esset venœ sectio, graviora esse solebant » symptomata. » Il veut surtout que l'on insiste, comme moi, sur les saignées, quand les fièvres intermittentes ont de la tendance à devenir continues ; et il parle à ce snjet d'une constitution médicale dans laquelle on était obligé de faire trois ou quatre saignées, et même jusqu'à cinq ou six. Votre exemple, Monsieur, comme vous voyez, est bien mal choisi ; et je n'aurais pas pu trouver une autorité plus forte, en faveur de mes idées sur l'emploi des saignées dans les fièvres intermittentes, si ces idées ne se défendaient d'elles-mêmes. Ici donc encore, vous n'avez pas été mieux avisé que dans vos autres objections ; vous jouez vraiment de malheur.

Ainsi, Monsieur, que je consulte les Anciens, ou que je demande ce que font aujourd'hui les médecins qui

pratiquent dans les pays marécageux, je vois que, pour presque tous, la médication des fièvres intermittentes repose sur les principes que j'ai établis pour celles de l'Algérie ; je vois que mes opinions étendues, élargies, développées, fécondées par des travaux sérieux et surtout par ceux de M. Boudin, servent maintenant de règles à la généralité des médecins de l'armée ; je vois qu'aucun de ces médecins ne s'est laissé ébranler par vos attaques et ne s'est rangé sous votre bannière.

Mais ce que je ne distingue pas aussi nettement, ce que même je ne comprends pas du tout, c'est la cause de votre acrimonie ; c'est son but ; c'est votre constance à dénaturer les faits, à les tronquer, à les citer dans un sens tout opposé à celui dans lequel ils ont été compris par tout le monde ; c'est, en un mot, de me supposer des opinions toutes contraires à celles que j'ai publiées.

Je sens très bien, Monsieur, que mes reproches sont sévères : mais ne les méritez-vous pas ? Surtout si vous avez bien pesé la portée de vos accusations ? Car, il ne faut pas se le dissimuler, vos accusations ne retombent pas seulement sur moi ; elles doivent frapper encore et nos collègues qui persistent dans cette voie, et les chefs qui les laissent agir et l'administration qui serait bien coupable d'abandonner ainsi le sort de nos soldats à des théories si erronées et si fatales dans leur application.

Voilà cependant, Monsieur, où vous ont entraîné vos paroles irréfléchies. J'aime à croire que c'est à votre insu, car je ne puis admettre une malveillance qui irait aussi loin. Aussi, Monsieur, je vous quitte sans haine et sans rancune ; vivez heureux, vivez longtemps. Mais à l'avenir soyez plus circonspect ; ayez plus de mesure dans vos attaques contre des hommes dont le dévouement ne peut être mis en doute et contre des idées médicales qui ont aujourd'hui force de loi. Tenez pour certain aussi que, malgré leur amour de la paix et de la retraite, ces mêmes

hommes ne souffriront jamais sans y répondre, dans la limite de leurs droits, les attaques qui sortiront des convenances. Si, pour mon compte, je ne l'ai pas fait plutôt, c'est que précisément, par la nature de votre travail, j'étais condamné au silence ; en effet, je n'avais à vous opposer que des faits ou des raisonnements dont vous ne vouliez pas. Il me fallait donc attendre patiemment qu'une voix connue dans la science vint prononcer entre vous et moi, et j'ai su attendre. Permettez-moi, Monsieur, de m'en applaudir, car je ne pouvais désirer une solution plus heureuse à ce grand procès ; et il est évident que ma cause est à tout jamais gagnée sans appel.

NOSOLOGIE

Nouvelles remarques sur les fièvres pseudo-continues (1)

Une lettre que M. Casimir Broussais a insérée dans le premier numéro de janvier de la *Gazette Médicale*, à l'occasion du mémoire que j'avais publié sur les fièvres *pseudo-continues* (*Gaz. Méd.*, 1846, n° 52), m'oblige à présenter quelques nouvelles remarques sur ce sujet.

Je ne pensais pas à avoir à revenir si vite sur cette question ; j'espérais surtout, l'ayant traitée exclusivement au point de vue scientifique, que M. Broussais la maintiendrait dans les mêmes limites. Il a préféré se placer sur un autre terrain ; il me permettra de ne pas l'y suivre ; et, quoiqu'il en soit, je ne lui sais pas moins gré de la franchise avec laquelle il a déposé en faveur de la droiture qui a présidé à la rédaction de mes travaux sur les maladies de l'Algérie. Quant aux principes que ceux-ci renferment, j'ai la confiance que le temps démontrera qu'ils sont la conséquence rigoureuse des faits qui se sont passés sous mes yeux.

Pour démontrer que pendant les chaleurs on ne trouve, dans un grand nombre de fièvres paludéennes, même pas ces signes fugitifs qui révèlent les fièvres rémittentes obscures, et qu'il est alors très facile de les confondre avec de véritables fièvres continues, j'avais cité textuellement ce que l'on avait écrit sur l'épidémie

(1) *Gazette Médicale de Paris*, 1847. — Deuxième réponse à Casimir Broussais.

de Bône en 1832. M. Broussais, s'appuyant des mêmes documents, y voit au contraire que l'on avait parfaitement saisi la nature des fièvres continues de l'été et qu'il n'y avait que le nom de changé.

Mais, s'il n'y avait eu que le nom de changé, on n'aurait pas traité ces fièvres exclusivement par les saignées, par les sangsues et par la diète. Certes, telle n'eut pas été la thérapeutique de M. Huet, s'il avait porté le diagnostic qu'on lui prête, si les *exarcerbations quotidiennes* qu'il mentionne n'avaient pas été pour lui de la nature de ces exacerbations que l'on remarque dans nos vraies fièvres continues, sans que personne y voie des signes de rémittence.

Si donc M. Huet a vu, comme l'avance M. Broussais, des affections à quinquina dans ces fièvres continues de l'été, pourquoi sa médication ? Mais à quoi bon discuter cette question, quand, pour la trancher, il me suffit de dire que M. Hutin, aujourd'hui chirurgien à l'Hôtel royal des Invalides et qui, en 1833, était à Bône en même temps que M. Huet, m'a écrit en 1835 : « *C'est vous qui nous avez démontré la nature intermittente des gastro-céphalites de Bône... nous reconnaissions tous des gastro-entéro-céphalites...* » J'ajoute, avec un sentiment d'amertume, que j'ai dû demander cette déclaration à la loyauté de M. Hutin, pour défendre ma médication contre les préventions qu'elle avait rencontrées dans les hommes qui tenaient mon existence militaire entre leurs mains. C'était un bill d'impunité !

Pendant deux ans donc, comme je l'ai dit, les fièvres continues à quinquina, au nombre de plusieurs milliers, ont été regardées et traitées pour de vraies fièvres continues, tant les symptômes des unes et des autres sont identiques, tant leur marche se ressemble dans un certain temps de leur parcours.

C'est un des médecins traitants qui le déclare. Voilà, ce me semble, un argument sans réplique et à la nature duquel nous sommes peu habitués.

Quant au traitement en harmonie avec la nature de ces maladies, j'ai dit, en 1835, que j'y suis arrivé sous l'égide de Torti ; mais je crois que, pressé par les accidents, j'ai été plus loin que lui et j'ai fini par outrepasser les préceptes qu'il pose dans son livre IV, Ch. 5. Pourquoi donc Torti aurait-il, en Italie, posé la limite où s'arrêtent les fièvres à quinquina de l'Afrique ? Pourquoi donc celles-ci ne seraient-elles pas aux fièvres de l'Italie ce que serait aux fièvres de l'Algérie la fièvre jaune, si l'expérience continue à confirmer l'opinion qui la range aussi parmi les affections à quinquina ?

Dans ce retour aux idées des Anciens, dans leur exagération peut-être, je suis arrivé à voir des fièvres à quinquina dans toutes les fièvres des pays chauds et marécageux, pendant l'été, sauf quelques cas exceptionnels dont la nature ne peut-être révélée le plus souvent que par l'insuccès du sulfate de quinine administré pendant quelques jours ; et j'ai conseillé de prescrire ce médicament dans *tous les cas, sans jamais attendre, pour le faire, des signes de rémittence, et aussitôt, pour ainsi dire, que l'on approche le malade.* On a dit, et M. C. Broussais insiste de nouveau sur ce point, que telle était aussi la doctrine de MM. Antonini, Roux, Pallas, Faure. Cependant, on vient de le voir, pour donner le sulfate de quinine je n'attends pas, avec M. Antonini, le *déclin du paroxysme qui ne peut laisser qu'un intervalle très court* ; avec M. Roux, *l'intervalle apyrétique* ; avec M. Pallas, *la rémission* ; je ne dis pas enfin, avec M. Faure, qu'il faut le faire, *pour peu qu'une maladie qui a été continue offre d'intermittence.*

Que ces habiles praticiens, en exigeant ces conditions, fassent mieux que moi, c'est ce que je n'examine pas ; je veux tout simplement constater un fait, c'est que nous différons.

Je reviens encore une fois sur la mortalité, et j'y

reviens avec complaisance, comme dit M. Broussais, parce que, en dernière analyse, c'est son chiffre qui est la pierre de touche des traitements ; j'y reviendrai s'il le faut, avec la même persévérance que l'on mettrait à me l'opposer si ce chiffre m'avait été défavorable. M. Broussais me reproche de n'avoir pas tenu compte de certaines conditions qui ont dû influer sur la mortalité. Cependant en 1835 j'ai écrit ceci, en parlant des épidémies de 1832 et de 1833 : « Les hôpitaux » ayant été encombrés dès le premier jour, les mala- » des ne purent être admis à temps ; ils arrivaient dans » un état toujours fort grave, souvent désespéré ; dans » les casernes, dans les hôpitaux, partout on voyait » des affections typhoïdes ; il n'était plus possible, au » milieu de ce désordre, de saisir les diverses nuances » par lesquelles passent les fièvres intermittentes, pour » devenir des affections continues. On peut donc dire, » sous ce rapport, que si la pénurie et l'encombrement » des hôpitaux ont, en 1832 et 1833, amené de si déplo- » rables revers, ces malheureuses circonstances n'ont » pas été cependant sans utilité, puisqu'elles ont appris » ce que deviennent les fièvres intermittentes du Nord » de l'Afrique, lorsqu'elles sont abandonnées à elles » mêmes ou combattues par un traitement incomplet. » En parlant de la sorte, c'était faire une large part aux conditions hygiéniques ; c'était publier une faute médicale que je savais bien avoir été commise. Si plus tard je suis sorti de cette réserve extrême, c'est dans l'intérêt de la cause que je défends, et j'ai dû le faire parce que j'ai été abandonné par les hommes dont le devoir était de me soutenir.

Quand bien même, au surplus, j'eusse persisté dans cette voie, on aurait pu encore m'opposer, comme le fait M. Broussais, les recherches de M. Villermé qui ont « prouvé que l'augmentation de mortalité qui a eu lieu » dans toute épidémie est suivie d'un abaissement pro- » portionnel dans cette même mortalité. » Ce qui est exact, dans les circonstances signalées par M.

Villermé, est ici d'une application impossible. En effet, dans le premier cas, c'est la même population, mais débarrassée de ses valétudinaires qui ont été emportés par l'épidémie et n'ayant conservé que ses sujets vigoureux; dans le second, c'est une population entièrement renouvelée, puisque le 55e était renouvelé par le 59e, par les canonniers garde-côtes et par les recrues de la Légion étrangère.

M. Broussais désire que je lui donne la *démonstration* de la part exacte de ce qui revient à ma thérapeutique, dans la diminution de la mortalité. Je vais essayer de le satisfaire. J'ai rappelé plus haut la pénurie des hôpitaux en 1832 et 1833 ; j'ai dit la fatale influence de ces circonstances d'une manière aussi brute que j'avais donné le chiffre de la mortalité. La vérité est que j'ai exagéré ces désavantages, relativement à notre position de 1834, car nous n'avions guère plus de ressources que dans les derniers mois de 1833 ; mais nous avons su mieux les utiliser et les féconder. C'est surtout parce que nous avions plus de matelas à notre disposition que nous étions dans des conditions meilleures ; mais l'hôpital proprement dit était resté avec le même nombre de lits, et dès le mois de juin on avait dû convertir plusieurs casernes en salles de malades. Dans le fort de l'épidémie, il avait fallu placer une partie de nos fièvreux dans des maisons sans portes, ni vitres aux croisées.

Néanmoins, nous avons pu recevoir à l'hôpital beaucoup plus de malades que les années précédentes ; et c'est par là surtout que s'est révélée l'influence d'une médication qui nous donnait ce résultat, en imprimant une marche rapide à des affections qui auparavant passaient souvent à l'état ataxo-adynamique, et étaient suivies de maladies chroniques qui, retenant des mois entiers les malades à l'hôpital, avaient ainsi amené très vite l'encombrement. M. Broussais peut, à l'égard de ces fièvres ataxo-adynamiques et de ces maladies chroniques, consulter un mémoire manuscrit de

M. Hutin, qu'il a à sa disposition en qualité de rédacteur du *Recueil des Mémoires de Médecine militaire*. Quant au premier chef de ma proposition, je donnerai à l'appui le résultat suivant, qui s'est présenté dans les salles de deux de mes collaborateurs, dont l'un avait adopté ma médication et l'autre ne l'avait pas fait ; tous deux ont pris le service en même temps et dans des salles d'à peu près la même contenance. Dans le même nombre de mois, le premier a eu 2,043 sortants et le deuxième 1,427. On comprend de suite combien des différences aussi notables ont dû considérablement et directement influer sur la mortalité, en laissant dans certaines divisions des lits vides pour recevoir les malades en temps opportun, Ces chiffres, mis en regard, donnent la solution du problème.

Je prends ensuite les résultats comparatifs de deux des principales divisions de fiévreux, pendant l'épidémie de 1834. Ici, ce sont les mêmes conditions de lieux, de temps, de maladies ; mais se trouvent, en regard, deux théories opposées, deux médications différentes. Un médecin voit des fièvres à quinquina dans les affections continues, et les attaque immédiatement par le sulfate de quinine ; il a 1 mort sur 25 sortants. Un autre médecin a des idées médicales différentes, conformes à celles que l'on m'oppose aujourd'hui, et il a une mortalité de 1 sur 12 sortants. Cette comparaison roule sur lés mouvements de ces deux services du 1er juillet au 31 décembre 1834. Que l'on applique maintenant ces résultats différentiels à 11.181 sortants, pendant l'année, et l'on verra où conduisent ces proportions. J'ajoute, pour compléter ces renseignements, que la moyenne de mon service, pour le temps de mon séjour à Bône, a été de 1 mort sur 27 sortants, à quelques fractions près.

Ainsi : 1° imprimer aux maladies une marche plus rapide ; 2° concourir, de la sorte, à prévenir l'encombrement qui a été si fatal en 1832 et 1833 ; 3° et, ce premier résultat obtenu, toutes conditions égales d'ail-

leurs, fournir une mortalité de 1 sur 25 au lieu de 1 sur 12, telle a été la part que les faits ont réservée à ma thérapeutique à Bône, en 1834, dans la diminution de la mortalité. Je ne sais si ce sont là des *merveilles*; mais ces chiffres qui ont un caractère officiel, en ce que, par ordre, ils ont été transmis mensuellement à l'autorité militaire, démontrent que la médecine a été plus puissante à Bône, en 1834, que les *éléments*, que les *constitutions médicales*, que les *conditions hygièniques*.

M. Broussais dit encore que ce qui a rendu notre position bien meilleure, c'est que, en 1834, il n'y a pas eu *d'épidémie d'hiver*, comme en 1832. Je regrette d'avoir à constater une erreur ; mais j'extrais textuellement ce qui suit de notre correspondance avec les officiers de santé en chef de l'armée, à la date du 14 décembre : « Au moment où tout nous faisait espérer la plus grande amélioration dans l'état sanitaire de la garnison, une horrible recrudescence est venue nous surprendre, ainsi que nous vous l'avons annoncé, et nous apprendre que, dans ce pays, l'exemple de 1832 ne devrait pas être perdu de vue. Du reste, il n'y a rien d'extraordinaire dans ce développement de maladies si nombreuses et si graves. Aussi cette recrudescence de l'épidémie ou, si l'on aime mieux, cette nouvelle épidémie est-elle de même nature que toutes celles qui ont régné à Bône depuis qu'on occupe cette ville ; ce sont des fièvres intermittentes et rémittentes, et rien autre chose... Ces accidents ne nous inquiètent nullement et n'ébranlent en rien notre croyance médicale ; ils ne sont que momentanés et le résultat forcé des conditions dans lesquelles nous nous trouvons. »

Cette citation prouve : 1° que nous avons eu en 1834, une épidémie d'hiver, tout comme en 1832 ; 2° qu'au mois de décembre, nous étions en mesure de rassurer entièrement les officiers de santé en chef de l'armée sur les idées de fièvres typhoïdes, ataxiques,

adynamiques, etc., qu'avaient laissées dans leur esprit les épidémies des années précédentes ; 3° que, fort de notre observation, nous leur avons toujours écrit que nous persistions à voir la nécessité de traiter comme des fièvres intermittentes la grande généralité de ces affections, quel que fût leur type. Le 11 janvier 1835, je les entretenais encore de cette question, et je leur écrivais : « Dans les lettres de service que nous avons eu l'honneur de vous adresser, à peu près par tous les courriers et spécialement dans le rapport que j'ai remis à M. Stéphanopoli (1) à son voyage à Bône, je me suis attaché à vous exposer mon opinion sur la nature des maladies de ce pays et à vous faire connaître les bases de ma thérapeutique. »

« En rapprochant ces divers documents, les résultats que je vous présente aujourd'hui, et qui sont la démonstration évidente des propositions que j'ai émises depuis plusieurs mois déjà, vous pourrez arriver à établir deux grands faits, savoir : *1° Que les épidémies de Bône sont des fièvres intermittentes et rémittentes; 2° Que souvent, et surtout à l'époque des chaleurs, l'intermittence et la rémittence cessant d'être distinctes, ces affections passent à un état pseudo-continu....* »

Je m'abstiendrai de rechercher quelle part ces idées médicales ont pu avoir dans les proportions minimes suivant lesquelles la mortalité a encore décru pendant l'année qui a suivi mon départ de Bône ; on leur en accorde une parcelle, cela me suffit. Cette discussion qu'il est inutile de prolonger ne modifiera d'ailleurs ni l'opinion de M. Broussais ni la mienne, puisque nous n'avons pas à recommencer les expérimentations qui nous ont conduit au point où nous sommes. J'en appelle à de nouveaux travaux pour décider si les fièvres à quinquina, en Afrique, peuvent oui ou non

(1) Médecin en chef de l'armée.

être rattachées exclusivement aux types *intermittent* et *rémittent* ; pour savoir, en un mot, s'il y a utilité pratique à admettre des fièvres *pseudo-continues*, ou si l'on aime mieux des fièvres continues à *quinquina*, pour mieux entrer dans le progrès que l'on doit à M. Boudin.

ÉPIDÉMIES

Documents pour servir à l'histoire des maladies de l'armée d'Afrique (1)

Je possède sur les maladies de l'Algérie des documents qui, bien que recueillis depuis plus de treize ans, me paraissent encore aujourd'hui de nature à élucider les questions les plus importantes de celles qui se rapportent à la pathologie de ce pays.

De ces documents, les uns sont des notes de mon journal clinique ; les autres sont des pièces de ma correspondance officielle. La plupart d'entr'eux n'étaient donc pas destinés à être publiés ; c'est un motif peut-être pour qu'ils aient plus de valeur et offrent plus d'intérêt. Ils feront du moins connaître sur quelles bases reposent les propositions que j'ai émises dans des écrits que mes collègues de l'Armée d'Afrique aiment à consulter ; ils seront peut-être de quelque utilité aux jeunes médecins militaires qui se trouveront dans des positions analogues à celles où j'ai été placé ; et nos confrères de la vie civile y verront une partie des difficultés que nous avons souvent à surmonter aux armées, pour avoir un service bien organisé et pour pouvoir recueillir quelques matériaux profitables à la science. Il me semble de plus que ce travail prend une certaine importance d'actualité, en paraissant au moment où de nombreux colons vont sérieusement s'éta-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 5 janvier 1850.

blir en Algérie, car on ne saurait trop appeler l'attention sur des faits que la nature des hommes, des lieux et des choses pourrait faire renaître d'un moment à l'autre, si l'on s'écartait des règles tracées par l'expérience.

Le voisinage des localités marécageuses, le délabrement de la ville, le mauvais casernement, telles avaient été, en 1832, les causes des maladies qui avaient sévi à Bône sur nos troupes, dès le premier mois de l'occupation. En 1833, ces mêmes causes s'amoindrissent, moins l'influence marécageuse qui devient au contraire plus active, parce qu'on emploie les soldats à la récolte des foins. Mais on élève des casernes en bois et en pisé. Au moment des épidémies, on les transformera désormais en salles de malades ; les *baraques-casernes* prendront alors le nom de baraques-*hôpitaux.* On avait ainsi créé les *sautons*, les *baraques de la cavalerie, de l'artillerie et de la légion étrangère.* On avait aussi affecté à cette double destination des maisons réparées à la hâte ; mais plusieurs d'entre elles laissaient beaucoup à désirer. De simples toiles, souvent en lambeaux, y remplaçaient les carreaux de vitres, et les portes, sauf celles d'entrée, n'existaient pas ou n'étaient formées que de planches mal jointes, comme étaient la plupart de celles des habitations mauresques.

C'était appliquer une partie des préceptes que venaient de donner les officiers de santé en chef de l'armée ; car, *pour se préserver du renouvellement de pareils malheurs* (épidémie de 1832) ils avaient conseillé de régulariser le cours de la Boudjima, de déblayer les décombres, de rétablir les égouts, d'enlever les immondices, de paver la ville, de construire des casernes et des baraques-hôpitaux, de rétablir l'aqueduc, de baraquer les troupes sur les hauteurs éloignées des marais, de ne pas y rester lors de la saison des pluies, enfin d'activer la culture des terres,

afin de procurer des substances végétales à l'alimentation de la garnison et des malades. (1)

Ce rapport, daté du 26 janvier 1833, précédait de quelques mois le retour des mêmes maladies ; et l'on eut à déplorer des revers encore plus grands que ceux de l'année précédente, malgré le zèle admirable que l'autorité militaire avait apporté à exécuter les travaux d'amélioration que je viens d'exposer et qui étaient entièrement terminés en 1833. L'année suivante, on n'ajouta rien à ces constructions provisoires et l'on commença des constructions plus solides ; on jeta les fondations des casernes en pierre qui n'ont été terminées qu'au bout de plusieurs années ; on fit des remuements de terre dans la ville pour creuser des égouts, pour niveler les rues et aux environs pour dessécher les marais qui touchaient aux remparts.

On verra, au surplus, ce que l'on avait gagné sur tous ces points, par l'extrait suivant d'un rapport,qu'au mois de janvier 1835 (un an après mon arrivée) le général commandant supérieur avait demandé sur les causes de la prolongation de l'épidémie : « Ce grand » nombre de rechutes, qui maintient le mouvement de » notre hôpital à un chiffre si élevé (environ 900) » tient : 1° à la nature elle-même des affections intermittentes ; 2° à des conditions accidentelles, savoir : » les variations brusques de température que nous » éprouvons depuis deux mois, le *mauvais état du* » *casernement, le manque de lits et par suite la* » *nécessité de faire coucher dans des hamacs et dans* » *des localités humides et malsaines*, des convalescents qui, sortant de l'hôpital faibles encore, sont » prédisposés à subir l'influence des causes morbides » qui déjà les avaient frappés.

» Il est en outre une circonstance qui a eu, selon » nous, une grande part dans la gravité qu'a présen-

(1) *Recueil des Mémoires de Médecine, Chirurgie et Pharmacie militaires*. XXXV.

» tée l'épidémie d'hiver et qui n'est pas sans influence
» encore aujourd'hui ; nous voulons parler des *égoûts*
» *de la ville, qui sont autant de foyers d'infection.*
» Les émanations qui s'en dégagent sont extrêmement
» dangereuses, et pourraient, si on se hâtait de ter-
» miner ces travaux, faire éclater parmi nos troupes
» des affections typhoïdes plus redoutables peut-être
» que celles que nous venons de combattre.

» Si, à ces causes de maladies, les seules apprécia-
» bles aujourd'hui, nous joignons le voisinage des
» marais, la haute température du climat, l'occupation
» des postes extérieurs pendant l'été, les travaux pour
» la récolte des foins, ceux de dessèchement commen-
» cés autour de la ville et l'encombrement des hôpi-
» taux pendant la rigueur de l'épidémie, on connaîtra
» tous les éléments, toutes les conditions d'existence
» des maladies endémiques à Bône et des épidémies
» annuelles........

« En présence de pareils faits, et la médecine
» avouant son impuissance pour combattre efficace-
» ment des maladies aussi terribles lorsqu'elles sont
» développées, que faut-il faire sinon pour détruire
» des causes qui agissent incessamment, du moins
» pour prévenir le retour et les effets désastreux de ces
» épidémies annuelles ? Etablir de vastes et saines
» casernes, fonder des hôpitaux proportionnés aux
» besoins, améliorer autant que possible la nourriture
» du soldat, régler les heures et la nature de ses tra-
» vaux, abandonner les postes extérieurs pendant l'été,
» tels sont les moyens d'une application urgente, plus
» faciles sans doute à obtenir que la destruction des
» marais, sans laquelle, cependant, on ne fera qu'atté-
» nuer, nous le répétons, leur fatale influence. »

On peut juger, par là, quelles étaient nos conditions hygiéniques générales et combien peu, malgré les plus grands efforts, on avait progressé vers le bien ; voyons maintenant quelles étaient nos ressources hospitalières.

Dès les premiers temps de l'occupation, on avait converti une mosquée en hôpital ; en 1833, on avait construit dans la même enceinte des baraques que, pendant l'hiver de 1835, on avait cédées au casernement et que nous reprîmes au mois de juin pour nos malades.

Combien cet établissement, ainsi agrandi, contenait-t-il de lits ? Par une lettre du 29 mai en réponse à la mienne du 21, M. le Sous-Intendant, chargé de la surveillance des hôpitaux, m'adresse l'état des salles et porte le nombre des lits à 510. Par une lettre du 31, je lui fais connaître que ce chiffre est trop élevé ; je lui disais : « J'aurai l'honneur de vous faire observer que » dans plusieurs salles, ainsi que je l'ai démontré à M. » l'officier comptable, on ne pourra mettre le nombre » de lits indiqués dans votre tableau. Loin de moi la » pensée de demander que l'on observe les distances » déterminées par les règlements. J'apprécie les difficultés de notre position et je sais que c'est chose » impossible ; mais il est bien important que les lits » ne se touchent pas, comme cela était l'an dernier : » ils doivent être assez espacés, pour que le médecin » puisse facilement passer entre les deux lits voisins. »

Le nombre des lits fut reduit à 435 ; il était donc impossible, avec un hôpital de cette contenance, de faire face à une épidémie qui, le 19 juillet, allait élever à 1.262 le chiffre de nos malades présents à la visite du matin.

Que faire, en pareille occurence ? Il fallait recourir à la mesure qui avait été adoptée l'année précédente, bien qu'elle n'eût pas donné les résultats qu'elle promettait avant son application : c'était de prendre une partie des casernes pour nos succursales. J'espérais, en effet, malgré cet insuccès, que nous en retirerions de grands avantages, si l'on mettait quelques baraques à notre disposition, aussitôt que le chiffre des malades approcherait de celui de nos lits, et avant que l'encombrement de l'hôpital ait mis de l'hésitation dans

l'admission journalière des entrants ; si ensuite on continuait à agir de la sorte, à mesure que l'épidémie ferait des progrès, sans se laisser arrêter par ce prétendu envahissement des services hospitaliers, comme le murmuraient quelques personnes mal inspirées. Les lignes suivantes, adressées à l'autorité militaire, dénotent combien il nous fallut lutter pour obtenir ce que nous demandions : « Je ne vous dissimulerai pas, disais- » je, que je vois avec effroi arriver l'époque de l'épi- » démie. On vit aujourd'hui d'illusions ; mais le réveil » sera terrible et je vous prédis pour cette année » une partie des revers de l'année dernière, si on ne » se hâte de satisfaire aux besoins que les officiers de » santé en chef de l'hôpital de Bône ont signalés à » diverses reprises, si l'on ne met de vastes locaux à » leur disposition. »

Heureusement, l'Administration s'appuyant sur nos demandes réitérées se roidit contre les nombreux et puissants obstacles qu'elle rencontrait en raison des lieux et circonstances, et l'autorité non moins ferme que paternelle du général Monet d'Uzer lui venant en aide, elle put, dans le fort de l'épidémie, nous livrer plus de la moitié des locaux affectés au casernement. C'est ainsi que nous parvînmes à faire face presque complètement aux besoins.

Mais le mois de juillet prouva combien nous étions à chaque instant sur le point d'être débordés. Chaque matin, pour avoir des lits vacants selon les besoins probables de la journée, nous étions forcés de faire sortir des malades qui n'étaient aux trois quarts que depuis deux ou trois jours. Dans son rapport sur le mois de juillet, un de mes adjoints me dit : « Je vous » ferai observer que du 10 au 15 ont été reçus chez moi » 130 malades venant des postes extérieurs, ayant tous » au moins huit jours de maladie et qui, pendant » trois ou quatre jours, ont été refusés à l'hôpital parce » que nous n'y avions pas de place. Vous vous rappelerez peut-être aussi que vers cette époque 19 malades

» venus très tard au camp ont été reçus dans mon » *service après avoir passsé la nuit dans la rue, sur* » *les marches de l'hôpital.* » Effectivement, nous n'avions pas été prévenus de l'arrivée d'un convoi de malades qui nous venaient du camp ; ils se présentèrent à l'hôpital vers minuit. Il fut impossible de les y recevoir jusqu'au moment où, à la visite du matin, on put, à l'aide des sorties, leur créer des places. Ces faits démontrent de la manière la plus évidente que sans une médication qui, appliquée en 1834, a tant abrégé la durée des maladies, nous aurions eu le même encombrement que pendant les années précédentes.

Nos prévisions, s'étaient appliquées jusqu'ici aux dimensions des locaux ; il fallait voir, dans les limites de nos attributions, si les autres conditions hygiéniques s'y rencontraient, si de plus nous avions un matériel suffisant.

Par des lettres des premiers jours d'avril et du 15 mai, je vois que nous n'avions pas de salle de bains, pas de buanderie ; que nos cuisines ne pouvaient suffire ; qu'il nous restait dans les magasins à peine 150 matelas ; et cependant nous n'avions pas encore 300 malades. Grâce au zèle de tous, on activa les préparatifs de manière que la presque totalité des malades eut des matelas en temps utile. Je crois devoir, à cette occasion, prévenir les jeunes médecins, qu'en campagne et pour les maladies courtes, on peut sans crainte se contenter de paillasses bien conditionnées ; j'en ai fait l'expérience en 1834, dans ma division des Sautons, qui avait été ouverte avant la confection du nombre suffisant de matelas.

Nos ressources connues, il fallait distribuer le service de manière à les employer convenablement. J'écrivais, le 21 mai, à M. le Sous Intendant, pour le prier de nous faire connaître les localités qu'il nous destinait dès le début de l'épidémie, afin de pouvoir organiser les diverses divisions de fiévreux. « Je désire, lui

» disais-je, que chacun de nous ait, dans l'hôpital
» proprement dit, à peu près le même nombre de lits
» pour y recevoir ses évacués lorsqu'on quittera les
» succursales. Il est éminemment utile au service que
» chacun de nous continue à donner des soins aux
» malades dont il a commencé le traitement. Rien de
» plus nuisible, rien de plus dangereux que les muta-
» tions de médecins ; ces changements comptent
» toujours des victimes.

» Il est indispensable qu'à la fin du mois de juin
» toutes les dépendances de l'hôpital cédées à la
» troupe nous soient rendues ; il faut que chaque
» médecin, recevant tous les jours une portion des
» entrants, voie à cette époque son service se former
» peu à peu ; autrement, il arriverait qu'au moment
» où un premier et un deuxième service ne suffiraient
» plus aux besoins, le troisième serait de suite en-
» combré par l'arrivée journalière de 60 à 80 malades
» et, nécessairement, le traitement en souffrirait. Il est
» impossible de bien connaître l'état de ses hommes
» avec un pareil mouvement. »

Le 29 mai, le Sous-Intendant me répondait : « J'ai
» lu, avec l'attention que la gravité de son sujet récla-
» me, la lettre que vous m'avez fait l'honneur de
» m'écrire le 21 de ce mois. Je ne puis qu'approuver
» l'intention que vous m'exprimez..... Le principe de
» répartition que vous me soumettez me paraît avoir
» l'inconvénient d'obliger à des courses longues et
» pénibles tous les médecins, lorsqu'un seul pourrait
» être chargé des succursales. Je vous laisse cependant
» toute la latitude à cet égard. Partagez d'abord avec
» messieurs vos adjoints les salles de l'hôpital principal ;
» on verra plus tard s'il ne conviendra pas de donner
» les succursales à un aide-major. Je désire seulement
» que vous ne cédiez pas, en cette occasion, à toutes
» les exigences de votre zèle. J'ai eu plus d'une
» occasion de regretter que le médecin en chef fût
» absorbé à tel point par ses devoirs personnels, que

» toute distraction utile d'observations et de surveil-
» lance lui devint interdite. Vous n'avez pas seulement
» à combattre des effets, mais à rechercher leurs
» causes pour en prévenir le retour. Tout reste à faire
» sous ce rapport, et l'importance d'une si noble mission
» éveillera nécessairement chez vous l'impatience de
» l'accomplir. Sachez donc vous en réserver les
» moyens.

» Je vous serai obligé de me faire connaître la
» répartition de votre service dès que vous l'aurez
» arrêtée. Je vous remets, à cet effet, l'état des locaux
» qui, appartenant à l'hôpital, peuvent être occupés
» aussitôt que les besoins se manifesteront. On s'empa-
» rera des baraques-casernes au fur et à mesure qu'il
» y aura nécessité de le faire et nous aurons, avec ce
» secours, place pour 1,200 lits environ. »

Le 31 mai, je rendais compte de cette répartition, que j'opérai d'après les principes renfermés dans ma lettre du 21 ; et je démontrais la nécessité de réduire le chiffre des lits qui, porté d'abord à 510, fut fixé à 435, comme je l'ai dit plus haut.

Le 1er juin, nous n'avions que 237 malades ; et dans notre rapport officiel sur le mois de mai, nous n'avions absolument rien d'essentiel à signaler.

Au commencement du mois, on employa une partie des troupes à la récolte des foins, les unes pour faucher, les autres pour protéger les travailleurs. On avait pris des précautions hygiéniques très grandes, que sur l'invitation de l'autorité nous avions déterminées ; on avait augmenté la quantité des aliments et des rations de vin ; on entretenait des feux pendant la nuit dans le camp et dans les postes extérieurs. Les factions de nuit avaient été réduites à une heure, dans tout le corps d'armée..... En parlant de ces précautions hygiéniques au médecin en chef de l'armée, je disais : « Je
» ne sais si c'est à elles que l'on doit d'avoir si peu de
» malades jusqu'à présent...... Le camp n'en donne
» pas plus que les autres points occupés par les troupes.

» Cependant, malgré cette belle apparence dans notre » état sanitaire, nous ne tarderons pas, je pense, à » voir notre mouvement s'élever à 800 ou 1,000 » malades. »

Le 14, nous demandions au Sous-Intendant de provoquer des mesures dont le besoin se faisait déjà sentir ; nous lui disions : « Nous avons l'honneur de vous prier » de demander au général commandant supérieur un » ordre du jour, par lequel il invitera de nouveau les » officiers de santé des corps à ne pas conserver de » malades dans les infirmeries, et à les envoyer à » l'hôpital aussitôt que la maladie aura été constatée. » La nature des affections de ce pays est telle qu'un » jour de retard donne souvent la mort.

» Nous pensons, M. l'Intendant, que tout homme » sortant des divisions de fiévreux doit avoir, par cela » seul, une exemption de huit jours. Les officiers de » santé des corps, dans les cas exceptionnels, prolon- » geraient autant qu'ils le jugeraient convenable la » durée de cette exemption. Plusieurs rechutes, déter- » minées évidemment par une trop prompte reprise » du service, nous font vivement désirer l'adoption de » la mesure que nous proposons.

» Vous savez, M. l'Intendant, que les salles de » l'hôpital seront entièrement occupées dans trois ou » quatre jours ; nous appelons votre attention sur ce » point et sur le besoin que nous aurons de nos succur- » sales très probablement pour le 17.

» Aujourd'hui déjà, en attendant que les réparations » de la baraque 13 soient terminées, nous serons obligés » de mettre tous les entrants sous les galeries de la » cour d'entrée. »

Le 19, nous avions 472 malades et nous écrivions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Notre mouve- » ment s'élève dans des proportions qui annoncent » que nous devons nous attendre à avoir incessam- » ment 1,000 à 1,200 malades ; nous vous adressons » celui de la quinzaine pour vous faire connaître la

» rapidité avec laquelle il s'accroît de jour en jour.
» Nous avons un grand nombre d'affections graves ;
» déjà, depuis hier, nous avons ouvert une succursale
» hors de la ville. Dans quelques jours, d'autres le
» seront. La dissémination des malades, dans différents
» points éloignés les uns des autres, va rendre le service
» très pénible, que la nature des maladies exige déjà si
» actif..... Aussi, nous vous prions de nouveau de
» vouloir bien mettre au complet notre personnel....
» Nous croyons aussi devoir, dans l'intérêt du service,
» vous prier de nous envoyer des sujets capables
» et disposés à bien faire. Au moment d'une épidémie
» qui peut avoir d'aussi affreux résultats que celle de
» l'année dernière, il serait douloureux de n'être
» secondé que par des officiers de santé qui auraient
» été envoyés ici par disgrâce, par punition. Ce n'est
» pas comme un exil, mais comme un poste d'honneur
» que l'on doit considérer Bône, en ce moment.....
» Nous sommes les sentinelles avancées de la médecine
» militaire..... »

Les officiers de santé en chef de l'armée nous accordèrent immédiatement les secours que nous leur demandions. Nous étions en mesure de répondre aux événements ; il fallait maintenant chercher à bien connaître la nature des maladies qui se présenteraient à notre observation.

Dans les mois de février et de mars, les maladies avaient été presque exclusivement des fièvres intermittentes bénignes, et les tierces avaient dominé de beaucoup.

En avril et en mai, on avait vu quelques fièvres rémittentes et quelques fièvres continues. Enfin, les fièvres intermittentes de ces deux mois étaient presque toutes compliquées, en même temps que le type quotidien y devenait plus fréquent et finissait même par prédominer, dans le dernier

Cependant, dans le mois de mai, nous n'avions eu

que 279 entrants ; mais voici venir l'épidémie ; et le mois de juin va nous en donner 935.

C'est alors qu'apparaissent épidémiquement ces gastro-céphalites qui, en 1833, avaient eu le triste privilège d'encombrer les hôpitaux et les amphithéâtres, pour me servir de l'expression de l'un des médecins de l'époque. C'est aussi pour la première fois que je trouve dans mes notes les dénominations de fièvres *pseudo-continues*, de *pseudo-continuité*, dénominations qui, comme toutes les choses de ce monde, ont été accueillies par les uns et blâmées par les autres ; mais auxquelles, dans tous les cas, on ne peut refuser le mérite d'avoir fixé l'attention sur un point de pratique que les écoles de Pinel et de Broussais avaient complètement méconnu.

Je ne fais que mentionner cette nouvelle phase des maladies et la gravité des fièvres intermittentes du mois de juin relativement à celles des mois précédents, pour parler plus longuement d'un phénomène pathologique à peine signalé dans les travaux sur les maladies de l'Algérie, le *mal de ventre sec*. Voci ce que je trouve à ce sujet dans mes notes : « J'ai remarqué chez beaucoup d'hommes une constipation opiniâtre pendant la convalescence ; ceci s'observait surtout chez ceux placés aux Sautons où, du 19 au 22, j'ai reçu 113 fiévreux venant des différents points occupés par nos troupes ; je ne pus me rendre compte de cet épiphénomène que je retrouvais même chez les hommes à la demi-portion. Chez beaucoup d'entre eux je fus obligé d'employer les lavements, tantôt émollients, tantôt laxatifs.

» Quelques jours après, chez plusieurs sujets, qu'ils aient ou non cette constipation, j'observai des douleurs intestinales, parfois très violentes, sans sécheresse, sans rougeur de la langue, sans soif, avec constipation et une grande quantité de gaz dans les intestins.

» Quelle était la cause de ces douleurs, quelle en

était la nature ? Mon collègue et ami, M. Girardin, chirurgien en chef de l'hôpital, qui avait séjourné plusieurs années en Espagne et qui avait bien voulu nous venir en aide en se chargeant du service d'une division de fiévreux, crut leur trouver la plus grande analogie avec la colique de Madrid. Il ne tarda pas lui-même à les observer dans l'une de ses salles, placée sur le bord de la mer, ouverte de tous côtés aux vents qui s'y précipitaient avec violence. Ces conditions de fraîcheur et de ventilation se retrouvaient aussi à un très haut degré aux Sautons, caserne bâtie sur une élévation, à 70 mètres au-dessus du niveau de la mer, et où règne à peu près constamment une brise très marquée. J'en vis aussi quelques cas dans mes autres salles ; mais il est à noter qu'elles sont également presque toutes voisines de la mer ; d'un autre côté, les variations de température du jour et de la nuit étaient très fortes, et nécessairement elles devaient avoir beaucoup d'action sur des hommes qui se couchaient nus sur leurs lits, pour y jouir plus complètement de de la fraîcheur du matin. Je ne pus croire, ajoutais-je dans mes notes, que le sulfate de quinine ait été pour quelque chose, dans ces légers quoique douloureux accidents ; et j'ai cette conviction, parce que je ne les ai jamais remarqués sur des milliers de malades que j'ai traités en Corse et à Alger. »

Quel a été le traitement de ces entéralgies particulières, quelle a été leur terminaison ? Le premier exemple que j'en eus dans mon service se présenta sur un homme très fort, qui n'avait pris que 12 décigrammes de sulfate de quinine en deux jours, pour des accès de fièvre quotidienne. Il lui restait de l'anorexie et, cédant à ses instances, je lui administrai un grain d'émétique avec 25 grains d'ipécacuanha ; son embarras gastrique se dissipa. L'appétit était revenu, lorsque, quelques jours après, il se plaignit de douleurs abdominales que la pression n'augmentait pas. Il n'y avait ni soif, ni rougeur de la langue, ni chaleur de la

peau. Je pensai que les muscles abdominaux étaient restés endoloris à la suite des efforts du vomissement; mais la persistance de l'augmentation de ces douleurs m'engagea à faire le lendemain une application de sangsues, qui fut réitérée à la visite du soir ; il n'y eut aucun soulagement. J'employai, dès ce moment, chez cet homme et dans les autres cas qui se présentèrent dans le courant du mois, les préparations opiacées à fortes doses, par la bouche et par lavement.

» Ces coliques étaient généralement accompagnées d'un développement considérable de gaz dans les intestins. Dans plusieurs cas où elles étaient très violentes, je fis retirer ces gaz par le rectum à l'aide d'une seringue; elles cédèrent à l'instant même, et des selles considérables ne tardèrent pas à suivre leur cessation ; j'obtins de ce procédé de prompts et heureux résultats, que la continuation des opiacés rendit durables.

» Dans d'autres divisions on administra les purgatifs, en même temps que les opiacés; celui qui procura le plus de soulagement fut l'huile de croton tiglium.

» Après tout, ces épiphénomènes furent des accidents fort peu graves qui ne retardèrent la convalescence que de quelques jours. Je crois en trouver la cause dans les variations atmosphériques et dans les écarts du régime auxquels se livrent, je ne dis pas nos convalescents, mais nos malades, dans des hôpitaux ouverts à tout le monde, où le commerce d'aliments se fait avec une audace inconcevable. »

Les lignes suivantes dénotent combien le système nerveux était compromis dans les affections du mois de juin. « Un phénomène que nous avons constaté souvent, c'est l'existence des crampes violentes dans les extrémités inférieures ; je le regarde comme un signe de mauvaise augure. Elles étaient excessivement intenses chez un homme qui a succombé à une fièvre algide, le quatrième jour de son entrée à l'hôpital.....

Ce qui nous frappe surtout, c'est la prostration extrême qui accompagne les fièvres intermittentes. Cette prostration est telle que nous sommes obligé d'employer l'éther en potions et en lavements, à la dose de 4 à 8 grammes par jour.... Ce qui nous inquiète le plus après cette prostration vraiment effrayante, c'est la rapidité avec laquelle éclatent les accidents qui constituent les accès pernicieux ; marche d'autant plus dangereuse que non seulement les malades avec de fortes réactions sont ainsi frappés, mais encore ceux qui apparaissent atteints légèrement.... Déjà, il nous arrive un grand nombre d'hommes que des accès pernicieux ont surpris, soit dans leurs casernes, soit dans les postes extérieurs. »

Le mois de juillet nous fournit 1,689 entrées ; je reçus 10 hommes venant des casernes, atteints des douleurs intestinales dont nous venons de parler et qui ne donnent lieu ici à aucune nouvelle observation, si ce n'est que j'employai plusieurs fois avec succès, à la dose de 2 ou 3 gouttes, l'huile de croton tiglium qui, le mois précédent, avait réussi dans d'autres services.

Toutes les fièvres pernicieuses de ce mois frappent le système nerveux. C'est par là qu'elles tuent ; toutes sont ou des délirantes, ou des comateuses, ou des algides. On n'en voit aucune amener la mort à la suite de secrétions abondantes ou de ruptures de la rate, ou d'apoplexie pulmonaire.

» Le caractère le plus saillant des maladies, surtout à la fin du mois, c'est la prostration extrême dont elles s'accompagnent, comme au mois de juin ; c'est en plus la faiblesse que laissent à leur suite des affections peu graves. Chez plusieurs sujets, cette faiblesse est accompagnée de tremblement des membres, d'une semi-paralysie. La médication principale de ces accidents secondaires m'a paru être le sulfate de quinine associé à l'opium. Chez quelques-uns, la persistance de la

douleur dans les membres et la continuité des tremblements m'ont engagé à faire plusieurs applications de sangsues aux lombes, à la région cervicale, à mettre des vésicatoires volants le long de la colonne vertébrale, en même temps que j'administrais le sulfate de quinine.

» J'ai reçu également un grand nombre d'hommes atteints d'irritations *gastro-céphalites*, à peine fébriles et à rémittence très obscure, chez lesquels les idées étaient comme voilées, l'intelligence obtuse, le pouls petit. Chez ces hommes, en même temps que je prescrivais avec discrétion des applications de sangsues à l'épigastre, à la tête, je donnais le sulfate de quinine à haute dose, et je recourais de suite aux sinapismes et à des vésicatoires placés aux extrémités inférieures.

Quant aux affections continues, elles sont très nombreuses ; elles ont de plus une grande intensité, et pour prévenir l'objection que j'ai peut-être vu, par esprit de système, beaucoup de fièvres *continues à quinquina* là où d'autres auraient diagnostiqué des rémittentes, je dirai que je n'ai compté dans mon service que 97 gastro-céphalites sur 503 entrants, tandis qu'un médecin qui ne partage pas ma manière de voir, m'en signale, dans son mouvement, 110 sur 241 entrants. Et, à cette occasion, je déclare que tous les chiffres que je cite à propos des maladies d'Afrique m'ont été remis par tous les médecins de service eux-mêmes et que je les ai encore en ma possession.

Vers la mi-juillet, les maladies prirent une marche moins grave, car je trouve ceci dans une lettre adressée, à la date du 20, au médecin en chef de l'armée :

« Je n'ose trop vous avancer que nous touchons peut-
» être déjà à la décroissance de l'épidémie ; la nature
» moins grave des maladies semblerait cependant
» devoir le faire présumer. Nous avons eu un peu de

» mortalité, mais elle n'est pas considérable si on la
» compare à celle de l'année dernière, si surtout on
» tient compte des difficultés de notre position et des
» entraves qu'éprouve continuellement un service
» aussi morcelé que le nôtre. »

Le mois d'août, en ne nous donnant que 1037 entrées et 36 morts au lieu de 82 comme en juillet, confirma les espérances que j'avais communiquées au médecin en chef. Nous étions, comme on le voit, rassuré sur la marche de l'épidémie, lorsqu'une lettre adressée par le Sous-Intendant aux officiers de santé en chef de l'hôpital, vint le 1er août, nous révéler les craintes et les sollicitudes de l'Administration :

« Messieurs, je me suis fait représenter l'état des
» pertes éprouvées à l'hôpital de Bône pendant le mois
» dernier, et il résulte de ces détails que les 82 décès
» qu'il comprend appartiennent aux services suivants..
» L'inégalité de ces contributions respectives faisant
» naître des réflexions affligeantes, à quelques causes
» que soient dues les différences que je vous signale, il
» convient de les rechercher ; et je me repose à cet
» égard sur le zèle éclairé dont vous donnez de si
» éclatantes preuves. Si le mal existe dans les choses,
» ce qu'il est difficile d'admettre, puisque les mêmes
» conditions offrent les mêmes anomalies, ainsi que
» vous pouvez vous en assurer par l'examen du tableau
» ci-joint, il faudrait se hâter d'y apporter remède,
» soit en abandonnant les localités mal exposées, soit
» en corrigeant leurs vices matériels. Dans une convic-
» tion contraire, on ne devrait pas être moins
» empressé à propager les médications heureuses, et
» vous saurez faire choix des moyens à y employer. »

Ce que demandait cette lettre était nettement exprimé et il fallait y répondre. En jetant aujourd'hui les yeux sur ce tableau, je comprends qu'un administrateur ait dû s'inquiéter des résultats étranges qu'il présente. Nous ne pouvions pas non plus les regarder comme un fait de peu d'importance ; car, si au lieu

d'être accidentels, ils tenaient à des conditions générales et persistantes, ils devenaient très graves. Je dus donc passer l'inspection des locaux et m'assurer de l'état des services. Ce fut une des occasions les plus remarquables où je pus juger, sur une large échelle, des modifications que des traitements divers apportent dans ces affections paludéennes ; j'écrivis au Sous-Intendant :

« J'ai communiqué à MM. les médecins attachés à l'hôpital de Bône votre lettre à la date du 1er août.... J'ai engagé ces messieurs à me remettre leurs réflexions sur les points que vous signalez à notre sollicitude, et j'aurai l'honneur de vous remettre le travail de chacun d'eux aussitôt qu'il me sera parvenu... Il me reste maintenant une tâche à remplir : c'est d'exprimer ma pensée sur la différence de la mortalité dans les divers services. Malgré la disproportion que j'avoue considérable, je ne crois pas que l'on puisse dès maintenant s'en inquiéter ou en tirer des conclusions qui, peut-être, avant quelques jours, seraient faussées. On ne peut, selon moi, juger de la supériorité d'un traitement que lorsque ce traitement a été appliqué à des masses ; vouloir l'établir sur le mouvement d'un mois, c'est s'exposer à de graves mécomptes ; la chance peut tourner le mois suivant. L'expérience nous a appris que ces résultats souvent accidentels se présentent dans tous les hôpitaux. »

Je n'étais pas aussi rassuré, cependant, que je le disais. J'avais prévu que l'avenir assombrirait certains points du tableau ; dès ce moment, mon opinion était faite sur les chances de la mortalité future dans les divers services, et elle était basée bien plus sur l'aspect général que ces services venaient de me présenter, que sur les faits révélés par le mois de juillet.

Le mois d'août s'était écoulé, nous donnant, comme je l'ai dit, moins de malades et des affections moins graves, lorsque le médecin en chef de l'armée vint lui-même juger de notre position et de nos ressources, de

nos maladies et de notre thérapeutique. Il arriva à Bône dans les premiers jours de septembre, accompagnant M. l'Intendant-Inspecteur, baron Ballyet, et le 7 je leurs remettais les rapports qu'ils m'avaient demandés sur l'épidémie.

Mon rapport au médecin en chef se terminait par ce résumé : « Les fièvres intermittentes ont été, de beau- » coup, les maladies dominantes ; beaucoup ont été » très graves et même pernicieuses, tantôt primitive- » ment, tantôt consécutivement.... Les *gastro-céphalites* de cette époque sont pour nous des fièvres » rémittentes ou intermittentes, conservant toujours » au fond leur cachet spécial et en exigeant en partie » le traitement. Nous ajouterons que c'est là le point » le plus difficile dans le diagnostic et la thérapeu- » tique des maladies de ce pays ; nous croyons de » notre devoir de rappeler que c'est là la difficulté à » signaler à nos remplaçants. »

J'avais dit quelques lignes plus haut : « Le mouve- » ment de l'hôpital était en décroissance marquée, » lorsque l'occupation forcée du camp et des postes » extérieurs, que l'on avait abandonnés pendant quel- » que temps, a donné une recrudescence qui retardera » de quelques jours la solution complète de l'épidémie. » Mais aujourd'hui que cette occupation n'est plus » nécessaire et que déjà les troupes sont rentrées en » ville, nous avons lieu d'espérer qu'avant peu nous » verrons de nouveau les maladies décroître rapidement » en nombre et en intensité ; et la fin de l'épidémie, à » cette époque où nous avons peu d'affections chroni- » ques, sera en harmonie avec les résultats des mois » précédents. »

Je trouve, à ce sujet, dans mes notes sur le mois de septembre : « Ce mois n'a pas offert les progrès d'amélioration qu'il aurait dû présenter sans une circonstance extraordinaire, l'occupation des postes et des avant-postes à l'approche du bey de Constantine, qui était venu lever des tribus jusqu'à deux journées

de marche de Bône. Pendant trois semaines environ, nos troupes ont été de nouveau replacées dans le foyer d'infection ; de là, la prolongation de l'épidémie ; de là, la recrudescence des accidents ; de là, de si nombreuses invasions nouvelles. C'est ainsi que les canonniers garde-côtes qui avaient toujours été cantonnés en ville, à la Casbah ou dans les postes voisins de la mer, avaient eu pendant les mois précédents fort peu de malades. Placés tout-à-coup aux avant-postes, presque tous furent atteints de gastro-céphalites ou de fièvres intermittentes graves ; ils présentèrent la plupart des phénomènes très inquiétants, une prostration extrême et une tendance si marquée à l'algidité que chez plusieurs, malgré leur vigoureuse constitution, nous ne pûmes recourir aux déplétions sanguines. »

Le 7 septembre, j'avais pu cependant supprimer une division de fiévreux ; et notre mouvement journalier était assez peu élevé pour permettre aux médecins de recevoir alternativement tous les entrants du jour de nouvelle invasion, ainsi que les rechutes du service supprimé.

« Cette mesure, leur écrivais-je, ne serait suspendue » que dans le cas où l'un de vous n'aurait pas de lits » vacants. Je vous engage, hors ce cas, à ne pas con- » server dans vos salles les entrants qu'on pourrait y » placer les jours où vous ne devez pas recevoir, si ces » entrants ne se trouvent pas dans l'une des deux » conditions indiquées ci-dessus. Nous continuerons » chacun à recevoir les hommes sortis de nos services » respectifs qui entreront de nouveau à l'hôpital. »

Ce fut à peu près vers cette époque que, pour mieux assurer ce roulement régulier, je fis créer un dépôt de convalescence à la Casbah ; nous y envoyions ceux de nos malades qui étaient arrivés rapidement à la demi-portion. Là, ils étaient encore soumis au régime de l'hôpital ; on y faisait deux visites chaque jour ; et l'on renvoyait dans les services d'où ils provenaient ceux

d'entre eux qui avaient des rechutes autres que des accès simples, pour lesquels seulement on les traitait au dépôt. Cet établissement nous fut d'un grand secours, et nous procura, à l'hôpital et dans les succursales, le nombre de lits nécessaires pour recevoir tous les entrants.

Le mois de septembre nous avait donné 52 morts ; le mois d'octobre allait en compter 58 ; novembre, 61 ; décembre, 99.

Les entrées varient singulièrement pendant ces mêmes mois : en septembre, nous en avons 898 ; en octobre, 747 ; en novembre, 910 ; en décembre, 1796. Nous verrons tout à l'heure les causes de cette fluctuation.

Septembre, dans ses derniers jours, octobre et novembre, dans leur première quinzaine, se ressemblent par la décroissance rapide et soutenue de notre mouvement, par la diminution de l'intensité des accidents et par l'apparition des diarrhées et des dysenteries.

« N'oublions pas de noter dans le mois d'octobre, ainsi que nous l'avons fait au mois de septembre, que cette apparition de ces iléo-colites, liées aux fièvres intermittentes, coïncide avec celle des mêmes affections à l'état continu. Elles se sont montrées, comme en septembre, et chez des hommes qui entraient à l'hôpital pour la première fois, et chez ceux qui avaient eu plusieurs récidives de fièvres intermittentes.... Plusieurs d'entr'elles se sont accompagnées de symptômes qui leur ont donné de grandes analogies avec le choléra (petitesse extrême du pouls, refroidissement général, crampes dans les extrémités supérieures et inférieures, enfoncement des yeux, etc...) Cette gravité dans les accidents a coïncidé avec l'apparition du choléra à Oran. Nous avons dû, dans ces cas, nous abstenir des saignées, même locales, et recourir immédiatement aux révulsifs.

» Ce mois de novembre a été très remarquable par l'apparition, comme en 1832, d'une nouvelle épidémie, au moment où notre chiffre de malades était réduit à 470, le 10 novembre.

» Nous avons attribué celle-ci : 1° à l'élévation de la température qui était arrivée à 20° et 24° ; 2° aux fatigues d'une expédition à laquelle une grande partie de la garnison avait pris part, et dans laquelle les troupes s'étaient battues et avaient fait plus de 28 lieues sans désemparer ; 3° au souffle du Sud-Ouest (siroco) qui nous tourmenta plusieurs jours de suite ; 4° enfin, à des travaux de dessèchement exécutés dans la plaine voisine de Bône. »

Ce fut effrayant de voir des accidents en aussi grand nombre, et aussi graves qu'au mois de juillet, plus dangereux même, en ce qu'ils frappaient des hommes affaiblis par des récidives plus ou moins fréquentes ; c'est ainsi qu'en cinq jours, je perdis 5 hommes, après un séjour de moins de 36 heures à l'hôpital.

Les accès comateux furent les plus communs ; et à aucune époque, il n'y eut une aussi forte prostration du système nerveux, même chez ceux qui entraient à l'hôpital pour la première fois.

Je fus obligé de reprendre, dans toute son activité, la médication que j'avais employée au mois de juillet et que j'appliquais plus mollement, depuis l'abaissement de la température qui avait donné momentanément un caractère bénin aux diverses affections.

Il nous arriva un assez grand nombre d'hommes atteints pour la première fois et d'hommes qui n'avaient pas été à l'hôpital depuis le printemps, ayant ainsi traversé l'épidémie sans récidive.

Pendant l'été, les habitants civils n'avaient pas été malades ; mais il n'en fut pas de même cette fois ; ils furent frappés comme nos soldats. Les personnes qui étaient à Bône depuis le commencement de l'expédition

sans avoir jamais été malades, furent atteintes à très peu d'exceptions près. Chez elles, les réactions circulatoires furent peu franches ; le système nerveux parut concentrer toute l'influence des causes morbides. C'était un bien triste démenti aux espérances d'acclimatement et un grand échec pour les projets de colonisation.

Ce fut un grand bonheur, au milieu de ces calamités, de voir diminuer le nombre des affections les plus redoutables peut-être dans ces pays, les diarrhées et les dysenteries qui s'étaient montrées fréquemment dans les deux mois précédents et dans les premiers jours de novembre.

Cette circonstance fut d'autant plus heureuse que je vois dans une lettre de service, à la date du 11 novembre que « nous manquions, depuis une douzaine de jours, d'œufs, de laitage, de pruneaux et presque toujours de mouton. »

Le 1er Décembre, nous écrivions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Vous verrez, par le mouvement » de la dernière quinzaine, avec quelle intensité l'épi- » démie sévit de nouveau.... C'est le pendant de » l'épidémie de 1832.... Nous avons eu pendant quel- » que temps des accidents aussi graves qu'au mois de » juillet.... Depuis quelques jours nous avons des » pluies, et les maladies commencent à devenir moins » intenses... »

La première quinzaine du mois marchait menaçante, nous fournissant encore des cas graves et nous donnant une moyenne de 69 entrants par jour. Nous avions, depuis plusieurs semaines, rendu aux casernements la plupart de nos succursales ; il fallut les reprendre et les réorganiser à la hâte. C'est dans ce moment surtout qu'il fallut redoubler d'énergie et d'activité.

A la date du 14, nous écrivions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Le mouvement des derniers jours » vous fera connaître notre malheureuse position. Le » caractère de ces affections est toujours le même ; et si

» nous avons un peu plus de mortalité, depuis quelques
» jours que dans les mois précédents, cela tient à ce
» que maintenant elle est fournie et par les chroni-
» ques et par les malades qui succombent à des accès
» pernicieux de nouvelle invasion. Ces accidents ne
» nous inquiètent nullement; ils n'ébranlent en rien
» notre croyance médicale ; ils ne sont que momentanés
» et le résultat forcé des conditions dans lesquelles nous
» nous trouvons. Bien plus, nous ne craignons pas de
» vous annoncer que, malgré toutes les circonstances
» défavorables que vous connaissez, nous sortirons
» heureusement de cette crise, si vous nous envoyez le
» personnel que nous vous avons demandé. Tous nos
» collaborateurs sont épuisés par les fatigues et les
» maladies. Le général commandant supérieur prie le
» gouverneur d'envoyer de suite un bâtiment à vapeur
» pour nous amener ce personnel, et pour nous apporter
» les médicaments dont le besoin se fait si vivement
» sentir. Nous sommes aussi à la veille de manquer
» de sulfate de quinine ; et si ce moyen héroïque ne
» venait pas à notre secours, il faudrait nous attendre
» à revoir les scènes de 1832 et de 1833. »

Les maladies, heureusement diminuèrent d'intensité, mais quelle affreuse endémie ! Nous traitâmes à l'hôpital pendant ce mois 2,494 malades, avec une garnison de 4,459 hommes.

Le 30 décembre, nous disions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Nous avons l'honneur de vous
» adresser le mouvement de la dernière quinzaine. La
» mortalité a été plus forte qu'elle ne l'avait été encore
» cette année. La moyenne cependant n'est pas hors
» de proportion avec le nombre de nos malades (1,642
» sortants et 99 morts), et ces résultats prouvent que
» si nous avions un service assuré, les épidémies de
» Bône cesseraient d'être un sujet d'effroi pour l'armée.
» Aujourd'hui tout est terminé ou à peu près. Cette
» épidémie laissera peu de chroniques, et à moins
» d'accidents, notre mouvement sera au-dessous de

» 500 pour la fin du mois prochain. »

Depuis les derniers jours de novembre, nous avions tantôt des pluies diluviennes, tantôt de ces belles journées d'hiver que l'on ne rencontre que dans ces climats. Ces alternatives, qui nous donnaient un grand nombre de rechutes, maintenaient notre mouvement à un chiffre assez élevé qui avait, comme je l'ai dit dès les premières pages, entretenu les inquiétudes de l'autorité. Mais la mortalité avait considérablement diminué ; et si en janvier nous avions 1,236 entrées, nous ne comptions plus que 43 décès ; en février, nous n'avions plus que 18 morts bien que nous ayons encore 1,172 entrants. Quelques jours après, nous étions rentrés dans le mouvement ordinaire de l'hôpital.

Tel fut le dénoûment heureux de ce drame dont le premier acte, en 1832, avait donné 4,083 malades et 449 morts ; le deuxième, en 1833, 6,704 malades et 1,526 morts ; le troisième, le seul auquel j'ai assisté et qui fut le dernier, 11,593 malades et 538 morts.

Le 12 janvier 1835, nous écrivions aux officiers de santé en chef de l'armée : « Nous avons l'honneur de
» vous transmettre le mouvement de la première
» dizaine de janvier. Vous verrez que, ainsi que nous
» vous l'annoncions par le dernier courrier, la morta-
» lité est beaucoup moindre et n'est même plus en
» rapport avec le nombre de nos malades. Comme au
» mois d'août, comme dans toutes les épidémies, nous
» avons pressenti que cette recrudescence touchait à sa
» fin, bien moins par la diminution du nombre des
» malades, que par celle de la gravité des accidents.
» Aussi, malgré l'élévation permanente de notre chiffre,
» nous persistons à croire, ainsi que nous l'avons dit,
» qu'avant la fin du mois notre mouvement sera au-
» dessous de 500. Les fièvres intermittentes simples
» sont de beaucoup les maladies dominantes. Les
» accès pernicieux sont aussi rares maintenant, qu'ils
» étaient fréquents à la fin de novembre et dans les

» premiers jours de décembre. Nous pensons que décidément nous sommes sortis encore une fois d'une bien forte crise sans avoir éprouvé trop de revers, et nous vous remercions d'avoir bien voulu assurer notre service. »

Dans un rapport daté de la veille, 11 janvier, je disais aux officiers de santé en chef : « Au 1[er] janvier, » il me reste 208 hommes qui ne me donneront, » selon toute probabilité, qu'une très faible mortalité, » eu égard surtout à la fin d'une épidémie aussi » longue. Vous jugerez facilement, Messieurs, combien » j'ai peu d'affections chroniques dans mon service, » puisque, bien qu'ayant reçu 206 entrants dans la » dernière dizaine de décembre, j'ai pu réduire, par » mes sorties, à 208 mon mouvement qui le 21 décem- » bre s'élevait à 344. »

Je trouve dans mes notes les réflexions suivantes, sur les maladies de ces derniers mois : « Les affections du mois de janvier sont très simples ; quelques applications de sangsues suffisent pour combattre les congestions irritatives de cette époque. Les rechutes sont dues à des causes tout à fait accidentelles et que, par une lettre du 31, nous signalons aux officiers de santé en chef de l'armée. En rentrant dans leurs casernements, les soldats y trouvent des logements humides, mal clos, ouverts au vent et où pénètre la pluie ; beaucoup n'ont que des hamacs au lieu de lits. Ils s'enrhument alors très facilement, et sous l'influence de ces bronchites légères dont les causes sont si appréciables, se répète un phénomène que nous n'avons pas cessé d'observer, toutes les fois que l'économie est ébranlée : l'apparition de maladies intermittentes ; de là ces rechutes multipliées, de là ces fièvres intermittentes si simples, si bénignes, qui souvent se bornent à deux ou trois accès et qui cèdent au repos et au régime.

» Les affections pernicieuses intermittentes et rémittentes ont, pour ainsi dire, disparu ; nous ne les observons

plus guère que chez les hommes qu'on nous apporte dans cet état... Voici comment je m'explique ce dernier fait : pendant les chaleurs, la réaction circulatoire dure un grande partie de la journée ; en d'autre termes, les accès sont très longs ; ils fatiguent, ils épuisent les malades. Ceux-ci s'empressent de déclarer leurs maladies aux officiers de santé de corps ; ils le font avec d'autant plus de hâte qu'ils savent que les accès à cette époque s'accompagnent d'un grand danger ; ils entrent donc, en général, à l'hôpital d'assez bonne heure. Mais, au mois de janvier, les accès sont très courts, très simples ; ils ne laissent ni malaise, ni douleur à la suite ; ils se répètent nombre de fois avant de devenir graves ; les hommes dissimulent alors leurs maladies pour ne pas entrer à l'hôpital, auquel ils préfèrent le séjour de la caserne. Alors ces accès, d'abord si simples, finissent par congestionner les viscères par le seul fait de leur répétition ; de ces congestions réitérées et qui laissent toutes quelque chose dans les organes, de ces congestions, dis-je, au délire ou au coma, il n'y a qu'un degré ; une congestion nouvelle s'opère par le retour d'un accès, et celui-ci est pernicieux ; c'est alors seulement qu'on nous les apporte dans cet état. »

Un fait qui vient à l'appui de ce que je signale dans ces notes, sur les dangers que l'on aura toujours en Afrique à différer l'administration d'une médication active, c'est le résultat qui m'a été fourni par le service des officiers qui, presque tous, avant d'entrer à l'hôpital, avaient cherché à lutter contre le mal pour ne pas quitter leur poste, tout en se médicamentant à demi. Pendant que les soldats et les sous-officiers me donnaient une moyenne de 1 mort sur 25 sortants ; les officiers en donnaient 1 sur moins de 8, du 1er juillet au 31 décembre ; ce qui contraste de la manière la plus frappante avec ce qui se passe dans toutes les autres conditions de la vie militaire, où il meurt bien plus de soldats que d'officiers.

« Les affections du mois de février sont excessivement simples ; il y a peu de nouvelles invasions ; presque constamment ce sont des récidives ; ces récidives sont entretenues par des causes purement accidentelles, facilement appréciables... Les affections du gros intestin sont devenues très rares. Les poumons sont encore souvent malades dans ce mois ; presque toujours la bronchite a précédé les accès ; c'est elle qui, déterminée par les causes que nous avons indiquées, s'est subordonné les accès de fièvre... Dans les affections continues, on retrouve la même bénignité ; elles ont, du reste, ainsi que les rémittentes, fait presque exclusivement place aux fièvres intermittentes ; c'est en corrélation exacte avec ce qui s'est passé au mois de février 1834 ; c'est le cercle annuel que ces affections, tour à tour intermittentes, rémittentes, puis continues, recommencent à décrire... »

En effet, la revue que nous venons de faire a ceci d'avantageux qu'elle présente, dans toutes ses phases, la pathologie annuelle de l'Algérie dans ses contrées essentiellement marécageuses, sauf l'épidémie d'hiver qui n'est pas constante ; chaque mois, à quelques jours près, suivant l'arrivée plus ou moins prompte des chaleurs, donnera chaque année identiquement les mêmes affections.

LETTRE

sur quelques points de l'histoire des fièvres intermittentes

à M. le Docteur Jules GUÉRIN (1)

Paris, 31 août 1882.

MON CHER ET ILLUSTRE CONFRÈRE,

La dernière fois que j'ai eu le plaisir de vous voir, vous m'avez parlé d'une conversation que vous avez eue à l'Académie avec un de vos savants collègues, à l'occasion d'un article de l'*Union Médicale* du 17 juin, qui ferait un grand, un trop grand éloge de mes travaux sur les fièvres intermittentes.

Permettez-moi d'abord de vous dire ici publiquement ce que je vous ai exprimé bien des fois dans l'intimité : c'est que seul vous m'avez encouragé dans mes débuts en m'ouvrant les colonnes de votre journal. Je crois bien que sans vous je n'aurais pas écrit mon traité ; je me serais arrêté aux deux mémoires que j'avais publiés, en 1834 et en 1335, sur les fièvres intermittentes du Nord de l'Afrique. Ensuite, je vous laisserai le soin de décider s'il y a lieu de publier cette lettre pour réfuter l'opinion émise par votre éminent confrère, savoir : « Que je n'ai fait que revenir à ce qui s'enseignait et se pratiquait avant Broussais. »

Cette assertion me paraît, je l'avoue, si étrange, tellement erronée que je n'y attacherais aucune impor-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 2 septembre 1882.

tance si elle ne venait d'un homme qui a l'honneur d'être membre de cette grande Compagnie dont la mission est de diriger et de contrôler les œuvres médicales. Mais dans l'espèce ce m'est, je crois, un devoir de ne pas la laisser prendre corps et de défigurer le rôle de la médecine militaire dans la grande question des fièvres paludéennes.

Mes travaux remontant à 1834, j'ai à rappeler quel était à cette date l'état de la science au point de vue qui nous occupe. Broussais avait appliqué aux fièvres intermittentes ses données sur les fièvres essentielles. L'immense majorité des médecins avait adopté ses idées et sa thérapeutique. Sa doctrine était devenue l'orthodoxie ; les dissidents passaient pour des hérétiques.

Ces dissidents, ces hérétiques, en très petit nombre, étaient-ils plus dans le vrai ? Non. Connaissaient-ils mieux les fièvres intermittentes ? Non. Rien de plus facile à démontrer.

L'Ecole de Paris, par exemple, n'avait pour guides que la Nosographie de Pinel et le traité d'Alibert. Qu'on relise la première et l'on n'y retrouvera quoi que ce soit qui puisse servir à la connaissance et au traitement des affections paludéennes, telles que nous les concevons aujourd'hui. Autant l'histoire des fièvres essentielles y est féconde en grands enseignements, autant celle des fièvres intermittentes y est pauvre.

Quant au traité d'Alibert, j'ai eu la discrétion de ne jamais exprimer mon opinion sur sa valeur. Aujourd'hui encore je me contenterai de citer le jugement qu'en porte Monneret dans son Compendium (t. V, p. 360). « Ce que ce livre renferme de bon est entièrement copié dans Torti ou dans quelques-uns des ouvrages que nous avons déjà cités ; ce qui est mauvais appartient à l'auteur. »

Je n'ai pas à défendre l'œuvre d'Alibert contre cette terrible appréciation. Mais je cherche en vain comment on pourrait relier mes travaux aux siens ou à ceux de

Pinel, et je me demande bien inutilement par quel espèce de mirage on ne verrait chez moi (Broussais supprimé) que le continuateur de ces deux seuls représentants de l'enseignement officiel, à l'époque dont nous parlons.

Je me sens au contraire bien plus près de Broussais, du grand réformateur ; car c'est sous l'influence de sa puissante dialectique, qui nous avait appris si magistralement à interroger les organes, à analyser ce qu'il appelait leurs cris de douleur, c'est-à-dire les symptômes, que j'ai pu distinguer ce qui, dans la marche des fièvres à quinquina, relevait de sa doctrine et ce qui s'en écartait.

Cette épreuve de la doctrine physiologique était peut-être nécessaire pour arriver à constituer, en un système éminemment pratique, les données éparses dans les Anciens, qui n'avaient qu'entrevu ce que les modernes ont mis au grand jour et hors de toute contestation.

On ne peut, à mon avis, expliquer autrement l'évolution si complète qu'a subie l'histoire des fièvres intermittentes, dont Littré a si nettement, si savamment, démontré l'origine dans sa belle argumentation sur le livre des épidémies d'Hippocrate comparées à celles de l'Algérie.

En rejetant cette interprétation, il est impossible de se rendre compte comment les travaux des deux derniers siècles qui, grâce au quinquina, étaient entrés bien que timidement dans la véritable voie, n'avaient pas suffi pour empêcher l'éclosion de travaux aussi rétrogrades, aussi stériles que ceux de Pinel et d'Alibert.

Au surplus, quelle que soit la cause de cette évolution qui se recommande beaucoup moins par ses théories que par ses résultats pratiques, il est bien certain que ce n'est pas dans un retour aux idées dominantes dans les classiques et dans les écoles à l'avènement de Broussais qu'il faut aller la chercher. C'est tout ce que je voulais établir et bien préciser.

HIPPOCRATE - LITTRÉ - MAILLOT

De leur rôle dans l'histoire des fièvres continues dans les pays chauds et marécageux (1)

> « C'est donc avec un juste sentiment d'une distinction réelle et fondamentale que M. Maillot a donné le nom de pseudo-continues aux fièvres continues des pays chauds. »
>
> « LITTRÉ. »

Si quelque chose a le droit de m'étonner, c'est sans contredit de pouvoir inscrire mon nom sans qu'il paraisse déplacé à côté de ceux d'Hippocrate et de Littré. A qui s'en scandaliserait, je dirais que ce n'est pas à moi qu'il devrait s'en prendre, mais bien exclusivement à Littré lui-même qui, en mettant mes travaux en regard de ceux du père de la Médecine, me place dans l'obligation, pour bien en déterminer la nature et la portée, d'exposer, d'interpréter avec lui ce qu'il m'a été donné d'observer dans des conditions identiques à celles parmi lesquelles pratiquait, enseignait et écrivait le grand médecin de Cos.

Me voici donc à soixante-dix-neuf ans encore une fois sur la brèche que, du reste, malgré mon constant amour de la vie calme et retirée, je n'ai jamais complètement abandonnée depuis 1834, obligé assez fréquemment de rompre des lances en faveur d'idées que je crois justes, utiles à l'humanité, et auxquelles un homme du devoir ne saurait laisser porter atteinte, sinon pour lui, du moins pour les autres.

C'est ainsi que, il y a quelques jours, j'ai cru devoir publier dans la *Gazette des Hôpitaux* (2 septembre) un

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 12 septembre 1882.

article destiné à réfuter une assertion qui me faisait voir que tous les médecins ne se rendaient pas compte de la transformation opérée par l'observation algérienne dans l'histoire et le traitement des si meurtrières endémies paludéennes.

Au moment même où je livrais ce dit article à l'impression, on me communiquait la savante dissertation que M. Daremberg a publiée dans la *Revue des Deux-Mondes* (1er août) 1882 sur l'œuvre médicale de Littré.

J'ai beaucoup regretté de ne plus trouver à Paris M. Daremberg, qui était parti pour une mission en Orient. Je l'aurais prié de faire une légère rectification qu'il ne m'aurait pas refusée ; j'en ai pour garants son amour héréditaire pour la vérité, puis le bon souvenir qu'il me conserve pour les comptes-rendus que j'ai faits loyalement, sincèrement et consciencieusement élogieux de huit à dix volumes publiés par son père. (*Oribase, Galien, Histoire de la Médecine, Rufus d'Ephèse*).

Son absence devant durer plusieurs mois, je suis donc condamné à le remplacer et à faire ressortir ce que je ne crois pas exact dans sa dissertation, bien que, je le déclare hautement, je lui sois reconnaissant de ce qu'il dit de moi dans le passage auquel je fais allusion et que je m'en trouve très honoré.

Néanmoins, la question est si importante pour la science, pour l'humanité, pour l'honneur de la médecine militaire, et je n'hésite pas à le dire pour moi-même, que je demande la permission de l'examiner un peu longuement.

Je dois tout d'abord reproduire une page entière du travail si remarquable de M. Daremberg ; cette page, du reste, est si savante, si instructive, si attrayante, que le lecteur me saura gré de la lui faire connaître.

« Cette liste très écourtée, dit M. Daremberg, des découvertes renouvelées des Grecs serait bien incomplète si nous ne signalions la trouvaille la plus importante que M. Littré ait faite au milieu des œuvres

d'Hippocrate. C'est celle des *fièvres rémittentes* ou *pseudo-continues* de Grèce, dont parlent à chaque instant les auteurs hippocratiques et que les commentateurs du centre de l'Europe avaient complètement méconnues. M. Littré lui-même, dans son article *Fièvre Thyphoïde du Dictionnaire* en trente volumes, avait considéré ces fièvres comme des fièvres typhoïdes. Mais, depuis ce temps, nos soldats avaient été en Morée (1828). Là, nos officiers de santé militaires se virent aux prises avec un ennemi absolument nouveau ; les uns le regardèrent comme étant la fièvre typhoïde, les autres comme une entérite grave ; d'autres enfin, ne regardant guère, se contentèrent de saigner à blanc, selon la méthode de Broussais. Quelques années plus tard, ces mêmes médecins passèrent en Afrique et ils se retrouvèrent en face du même ennemi ; ils saignèrent de plus en plus et les malades moururent presque tous. Il faut arriver à 1836 pour rencontrer un médecin modeste mais observateur, éclairé et convaincu, M. Maillot qui osa renverser toutes ces idées erronées et appela les fièvres d'Afrique : *irritations cérébro-spinales intermittentes*. M. Littré lut ce mémoire et ce fut une révélation pour lui. Il comprit que la pathologie d'Hippocrate n'était pas la pathologie d'un Parisien, d'un Londonien ou d'un Viennois, mais bien la Pathologie de la Grèce, et que les fièvres d'Hippocrate étaient les fièvres des pays chauds, causaient le gonflement de la rate et la douleur des flancs, comme l'avait parfaitement observé le médecin de Cos. Cette découverte de M. Littré eut une portée immense ; elle démontra d'une façon irréfutable que ces fièvres de Grèce et d'Algérie, soi-disant inflammatoires, faisaient partie de la grande famille des fièvres paludéennes et qu'il fallait traiter par la quinine, comme les médecins anglais le faisaient depuis longtemps dans l'Inde. M. Maillot s'empara avec ardeur de la découverte de M. Littré et lui fit porter ses fruits auprès de nos pauvres soldats d'Afrique, que les émanations telluri-

ques et la saignée décimaient. L'Algérie n'a pas oublié le grand service que M. Maillot lui a rendu et elle vient de donner son nom à un nouveau village. Voilà certes une conquête de la science au profit de la civilisation, que l'histoire de la médecine peut bien revendiquer. » (*Revue des Deux-Mondes*, 1er août 1882, page 645.)

Analysons ce bel exposé et cherchons à y découvrir ce qui en revient à Hippocrate, à Littré et à moi, en particulier.

Hippocrate divise les fièvres en intermittentes et en continues; mais, d'après M. Littré, ces dernières comprenaient les rémittentes : de là peut-être, selon moi, ont surgi les difficultés qui ont rendu impossible la compréhension de la pyrétologie, jusqu'au jour où le grand médecin français est venu l'éclairer d'une si vive lumière et mettre ainsi un terme aux tentatives malheureuses, que l'on faisait si inutilement depuis tant de siècles pour appliquer aux maladies de nos pays des préceptes qui avaient été posés pour des pays chauds et marécageux.

Laissant de côté les fièvres intermittentes qui ne peuvent être, dit-il avec raison, l'objet d'aucune contestation, M. Littré constate que sous la dénomination de fièvres continues, Hippocrate a compris toutes les fièvres qui n'ont pas d'intermissions régulièrement caractérisées; puis passant rapidement, et avec non moins de raison, sur *l'hémétritée* qu'il me paraît bien difficile de comprendre, il aborde résolument l'étude des formes morbides qui, dans sa pensée, constituent réellement la classe des fièvres continues hippocratiques. Ces formes morbides sont : le *causus*, la *phrénitis* et le *léthargus*.

« Le *causus* a été signalé par la plupart des médecins qui ont écrit sur les maladies des pays chauds ; et l'on peut rapporter au *léthargus* (page 575) et à la *phrénitis* plusieurs observations de M. Maillot qu'il a intitulées : les unes *fièvres pernicieuses-comateuses*,

pseudo-continues, les autres *fièvres pernicieuses-délirantes pseudo-continues*. Ces dénominations sont les équivalents du léthargus et de la phrénitis d'Hippocrate ; et M. Maillot, frappé lui-même de ces conditions diverses, remarque que l'analogie des fièvres pseudo-continues avec les intermittentes, se révèle tantôt par le *coma* (léthargus) tantôt par le *délire* (phrénitis), et que c'est une variété de forme, mais non de nature. Ce passage de M. Maillot est le meilleur commentaire des variétés de fièvres rémittentes et continues, admises par Hippocrate sous les noms de léthargus et de phrénitis. »

Le grand mérite de M. Littré est donc, grâce à sa profonde intuition, à son sens médical hors ligne, à sa vaste érudition, d'avoir pu s'élever à cette haute conception de l'identité qui existe entre les fièvres d'Hippocrate et celles de tous les pays chauds.

Mon rôle à moi, dans ce mouvement scientifique, a été celui d'un praticien élevé dans une école où l'analyse sévère des symptômes était érigée en un article de foi ; il a consisté à bien observer les faits qui se déroulaient sous mes yeux, dans des pays dont le climat se rapprochait de celui de la Grèce ; à rechercher dans les cadavres ce qui pourrait me rendre compte des causes de la mort ; à reconnaître que la marche des maladies et l'anatomie pathologique ne répondaient pas à ce que j'avais vu ailleurs. Je m'attachai à saisir les liens par lesquels se rattachaient les unes aux autres ces affections étranges, qui faisaient chaque année passer plusieurs milliers de malades dans nos salles ; et de déductions en déductions, j'arrivai à surprendre le processus par lequel des accès, simples d'abord, se compliquent, se prolongent, s'enchevêtrent les uns dans les autres, puis passent de la rémittence à la continuité, mais à une continuité spéciale, particulière et dont les conditions restent encore aujourd'hui même à déterminer. C'est ce qui a fait dire à M. Littré que « c'est avec un très juste sentiment d'une distinc-

tion réelle et fondamentale que M. Maillot a donné le nom de pseudo-continues aux fièvres continues des pays chauds. »

Cette appréciation d'un si grand Maître est la plus belle récompense que j'aie jamais pu ambitionner pour mes travaux, d'autant plus qu'elle a pris place dans l'impérissable collection des œuvres d'Hippocrate. Elle m'autorise aussi à me demander si M. Daremberg, dans ses conclusions, n'a pas perdu de vue ses prémisses, s'il ne lui a pas échappé qu'il venait de dire, quelques lignes plus haut, que mon mémoire avait été une *révélation pour Littré*, dont la *découverte*, ajoute-t-il, *eut une portée immense*. Dès lors, il aurait dû dire que cette découverte pouvait se diviser en deux parts : l'une brillante, éminemment scientifique, surtout littéraire et révélant une capacité de génie ; l'autre, toute d'observation purement pratique, relevant exclusivement de la clinique, s'opérant silencieusement dans les salles de malades et à l'amphithéâtre, mais dont l'évolution était terminée lorsque la précédente commençait. Ce n'est donc pas Littré qui a été le précurseur, et je n'ai pu m'emparer de ses travaux pour éclairer les miens ; c'est tout le contraire qui est advenu. M. Littré lui-même dit à plusieurs reprises que mon livre lui a été d'un grand secours ; et c'est évident, sa magnifique argumentation sur les épidémies datant de 1840, et mes principales recherches sur les fièvres intermittentes ayant été publiées en 1834, 1835, 1836. A cette dernière date, j'avais complètement arrêté et formulé mon traitement des fièvres du nord de l'Afrique, lequel traitement, depuis près d'un demi-siècle par conséquent, sauve annuellement plusieurs milliers de soldats et de colons. J'ajoute que, depuis cette époque déjà bien lointaine, je n'ai modifié en rien les principes sur lesquels je l'avais institué, et qu'ils servent encore de règles d'une façon presque absolue, car on n'y a apporté que des modifications de détail, tout à fait secondaires.

Je me demande maintenant si, après une discussion aussi sérieuse, je ne devrais pas renoncer à examiner l'énonciation de M. Daremberg sur l'emploi que, depuis longtemps, les médecins anglais font, dit-il, du quinquina dans les fièvres paludéennes de leurs colonies. En cela, ils agissent comme l'ont fait les médecins de tous les pays, depuis Morton et Torti. Mais leur médication ressemble-t-elle à celle de nos médecins de l'armée d'Afrique? Je ne le crois pas, j'affirme même le contraire; je viens de consulter plusieurs de leurs traités de médecine pour me renseigner sur la question, et ils ne me paraissent guère plus avancés que Clark, dont la thérapeutique était cependant si inférieure à son diagnostic. Je désirais beaucoup connaître celle de Ewining que Littré cite si souvent en comparant ses observations à celles d'Hippocrate; mais je n'ai pu me procurer son livre, imprimé en 1835 à Calcutta postérieurement à mon premier mémoire, et n'ayant pu par conséquent me servir de guide; il n'est ni dans la riche librairie Baillière, ni à la bibliothèque de la Faculté, ni à celle du Val-de-Grâce. Je viens cependant de trouver, dans les *Clinical Researches of diseases in India* de Charles Morehead (London 1860), quelques courts passages relatifs à sa thérapeutique; et cette lecture m'a confirmé dans la pensée que si Littré ne s'en était pas servi comme il avait fait de la mienne, pour en tirer des arguments en faveur de la thèse qu'il soutenait sur les fièvres pseudo-continues, c'est qu'il n'en avait pas été satisfait.

Faut-il remonter à 1818 et interroger la traduction que M. Hipp. Cloquet nous a donnée du *Traité de Médecine pratique* de Robert Thomas (de Salisbury)? Nous y verrions que, dans les climats froids, on doit attendre, avant de songer à donner le quinquina, qu'il y ait une rémission complète et parfaite; mais dans les climats chauds, il faut saisir l'instant où elle se manifeste, fût-elle fort courte et très-peu caractérisée. C'est très bien; mais si on ne la saisit pas, si,

ce qui est très fréquent dans la saison des chaleurs, elle est réellement insaisissable, les malades meurent emportés par un accès pernicieux ou s'engagent dans l'état ataxo-adynamique.

Parlerai-je du *Manual of the climate and diseases of tropical Countries*, de Colin Chisholm, imprimé à Londres en 1822? On y chercherait en vain le mot quinquina dans les pages consacrées à faire connaître le traitement des fièvres intermittentes et rémittentes. De la page 44 à la page 48 pour les premières, de la page 50 à la page 53 pour les secondes, il n'y est question que de l'arsenic comme antipériodique.

Dans son grand et bel ouvrage : *The Science and Practic of Medecine* (London, 1866), William Aitken se rapproche de notre manière de faire; il recommande le sulfate de quinine à doses assez élevées. A cette occasion, il me fait l'honneur de me citer ; mais il me semble qu'il me blâme un peu de ne pas attendre la rémission pour administrer le fébrifuge par excellence.

En résumé, mon opinion sur les médecins anglais dans leur pratique aux Indes est qu'ils sont très en arrière de nous. Dans leurs écrits, ils continuent à ne parler que des types intermittents et rémittents ; ils ne paraissent pas avoir une idée bien nette de la nécessité de faire, dans un but pratique, une place spéciale aux fièvres continues paludéennes. De là, une grande hésitation dans leur traitement ; de là, leurs vomitifs, leurs purgatifs réitérés pendant plusieurs jours, l'opium, le calomel, etc... ; de là, ces tâtonnements avant d'administrer le sulfate de quinine, pour le faire pendant une rémission ; de là, le passage de leurs fièvres à l'état ataxo-adynamique, ce qui doit être fréquent, à en juger par la longue nomenclature et par la nature de leurs médicaments, pendant que nous, dans des conditions identiques, nous n'employons guère que le sulfate de quinine.

Notons bien, à ce sujet, que le point le plus important peut-être du traitement des affections paludéennes

est de prévenir ce passage à l'état ataxo-adynamique, toujours si grave, si souvent mortel, et auquel il faut rapporter ce que les auteurs anciens disent des fièvres *putrides*, *malignes*, *ataxiques*, *adynamiques* (*typhoïdes* aujourd'hui) pendant l'été et l'automne, dans les pays chauds et marécageux. C'est à cet état encore que de nos jours, même en Morée et dans les premières années de notre séjour en Algérie, il faut attribuer la grande mortalité qui avait tant ému l'opinion en France, comme le constatent les discussions du Parlement sous Louis-Philippe.

Aujourd'hui, nous connaissons à peine ces redoutables transformations dans nos hôpitaux, depuis que les médecins des armées de terre et de mer ont adopté une médication spéciale, bien connue, s'appuyant sur d'innombrables succès, énergiquement défendue par d'imposants travaux. Cette médication est d'origine essentiellement française ; elle a été instituée à Bône, en 1834,par moi ; elle m'appartient donc entièrement, exclusivement, sans partage.

NOTES RÉTROSPECTIVES

sur l'origine et le développement de la Thérapeuthique algérienne (1)

Il est bien, ce me semble, dans l'étude des sciences en progrès constant, comme l'est encore la médecine, de jeter de temps en temps un coup d'œil en arrière pour examiner ce qu'il reste, après une période d'une trentaine d'années, des théories, des systèmes au milieu desquels on a été élevé, avec lesquels on a grandi et l'on a vieilli. Que de ruines alors dans le passé, que d'illusions perdues en route, que d'épaves sur le chemin parcouru ! Ce qui est vrai à toutes les époques l'est bien plus encore pour ma génération, qui ne trouve plus que bien rarement, dans les travaux modernes, les noms des hommes illustres qui ont été ses maîtres et qui s'appelaient Broussais, Louis, Chomel, Andral, et Trousseau lui-même, l'un des derniers grands morts ! Que de souvenirs cependant se rattachent à ces noms qui étaient pour nous si glorieux. Mais la science a marché si vite, s'est engagée si résolument, si témérairement peut-être, dans des recherches tout à fait imprévues, qu'il y a, en quelque sorte, une rupture complète entre ce qui était hier et ce qui est aujourd'hui.

Le titre de cet article indique le fait précis que je veux examiner à ce point de vue ; je le limite exclusivement à la thérapeutique, laissant de côté les idées théoriques qui, depuis un demi-siècle, ont été émises sur la nature des fièvres paludéennes, spécialement

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 29 mai 1883.

celles de l'Algérie, et auxquelles, je l'avoue très facilement, je n'ai jamais attaché qu'une importance fort médiocre.

Autant, en ce qui me concerne, j'ai défendu et j'ai cherché à propager la médication qui m'avait paru convenir au traitement de ces maladies, autant j'ai été sobre d'explications et peu soucieux de les défendre lorsque ces théories ont été attaquées ; je sentais presque instinctivement qu'elles me constituaient un obstacle, bien plus qu'un secours pour faire adopter ce que mes travaux avaient de pratique.

Quand je me reporte à cette époque déjà bien éloignée (1834-1836), je ne puis m'empêcher de remarquer que ces travaux ont eu, dès les premiers jours, cette singulière fortune d'être entourés en plein XIX[e] siècle d'une auréole de légende. N'en a-t-elle pas vraiment tout le cachet, cette proposition faite sérieusement par un ingénieur d'entourer la Mitidja d'une grille de fer, pour empêcher les soldats d'y entrer, tant son séjour était dangereux ? Hésiterait-on aussi, à première vue, à le regarder comme une légende, si on le trouvait consigné dans les annales, le fait qui sous mon inspiration s'est passé à Bône : savoir l'étonnante diminution de la mortalité qui, en 1834, se traduisit par le chiffre de 1,437 morts en moins, avec 856 malades en plus ; et cela immédiatement, sans transition, du jour au lendemain. Je crois qu'on lui appliquerait, sans examen aucun, le jugement sommaire qu'a prononcé Littré sur le rôle attribué à Hippocrate dans la peste d'Athènes, sur le refus de celui-ci opposé à Artaxercès : « *Evénements aujourd'hui controuvés, reposant sur des pièces toutes apocryphes* », affirme le savant et indiscutable helléniste.

Mais de nos jours, avec notre grande publicité, nous n'avons plus à craindre ni cette exagération dans la louange, ni cette immolation posthume de nos œuvres ; nous n'avons plus à redouter que la postérité les traite de fables, même lorsque par des circons-

tances diverses elles lui paraîtraient s'éloigner des faits ordinaires.

Ainsi, ce m'est déjà un honneur de n'avoir jamais rencontré, dans les critiques qui m'ont été adressées, trace du moindre soupçon sur l'exactitude de mes déclarations, de mes affirmations sur les résultats que j'ai obtenus dans mes grands services de fiévreux aux armées, services qui s'élevaient parfois jusqu'à 400 malades.

Les chiffres que j'ai donnés à l'appui sont, à la vérité, incontestables ; ils sont officiels et d'une authenticité absolue. Conformément aux règlements, ils étaient périodiquement adressés à l'autorité militaire, et là leur régularité était en quelque sorte contrôlée par les états de l'administration qui à leur tour servaient de base à la comptabilité ; il fallait donc que le chiffre de mes entrants, de mes sortants, de mes morts et de mes restants fût en concordance exacte avec ces états, qui servaient à prouver et à justifier la dépense. Tout ce que j'ai publié à ce sujet est donc nécessairement de la plus grande rigueur : *c'est une vérité chiffrée.*

Dans un article inséré, en 1850, dans la *Gazette médicale de Paris*, sous le titre de : *Documents pour servir à l'histoire des maladies de l'armée d'Afrique*, je trouve une citation, qui était complètement sortie de ma mémoire et que je m'empresse de reproduire comme une preuve de l'assertion que je viens d'émettre : savoir l'intervention constante et effective de l'intendance dans les détails journaliers de nos services médicaux ; « ..... Il résulte de ces détails que les 82 décès (en juillet) appartiennent aux services suivants.... L'inégalité de ces contributions respectives faisant naître des réflexions affligeantes, à quelques causes que soient dues les différences que je vous signale, il convient de les rechercher..... Si le mal est dans les choses, il faudrait se hâter d'y porter remède, soit en abandonnant les localités mal exposées, soit en

corrigeant leurs vices matériels. Dans une conviction contraire, on ne devrait pas être moins empressé à propager les médications heureuses..... »

Ainsi, non seulement le mouvement général de mon hôpital était contrôlé, mais il en était de même de celui de chaque division en particulier ; et, je puis le dire aujourd'hui que les acteurs qui ont joué un rôle malheureux dans ce triste drame ont disparu, il y avait, dans les résultats des divers services, des différences telles que l'on comprend très bien ici l'intervention de l'autorité administrative, malgré son incompétence scientifique.

Dans ma réponse, j'expliquai ces grands écarts par l'intervention de conditions accidentelles ; mais la vérité était que, dans ces salles, on s'était confiné dans les errements, pour ne pas dire les erreurs de la doctrine physiologique. On y persista et l'on y fut de plus en plus malheureux, à mesure que nous avancions vers l'automne ; pour couper court aux plaintes qui s'élevaient de toutes parts, je dus supprimer un de ces services. Le médecin qui en était chargé resta plusieurs années encore en Algérie, sans profiter de l'expérience générale ; car je l'ai retrouvé, douze ans après, associé à des attaques auxquelles j'ai dû répondre avec la fermeté, avec la hauteur de parole que m'autorisaient à prendre les résultats si favorables, si probants de la direction, de l'impulsion que j'avais imprimées à la thérapeutique algérienne.

Malheureusement, pendant que je travaillais si courageusement à cette impulsion, à cette évolution, j'étais bien jeune encore, livré à mes seules forces ; et si mes idées ont prévalu, c'est qu'elles portaient en elles une puissance d'expansion irrésistible. Mais il fallut des années pour que de poste en poste, de ville en ville, d'un camp à un autre camp, elles se fissent connaître et pussent entraîner les convictions. J'ai toujours regretté que l'autorité compétente n'ait pas provoqué à ce moment une circulaire, comme il a été fait pour

le choléra et le typhus. Des instructions parties de haut auraient facilité ma tâche, auraient donné un puissant appui à l'étude des questions que je venais de soulever et dont l'adoption, faite de suite dans toute l'Algérie, aurait prévenu bien des revers dans les hôpitaux, où la rumeur qui commençait à se faire autour de mes recherches n'était pas encore arrivée. C'est ainsi que, malgré les succès obtenus à Bône et l'introduction de ma médication dans quelques autres localités, la mortalité générale de l'armée d'Afrique est restée très élevée encore pendant assez longtemps. Et uniquement, peut-être, parce que mes idées ne s'étaient pas encore infiltrées partout ; car, à mesure qu'elles s'étendirent, on vit cette mortalité baisser en corrélation exacte avec cette extension ; et maintenant qu'elles sont devenues d'une application générale, la proportion des décès aux maladies traitées dans nos hôpitaux est à très peu de chose près la même en Algérie qu'en France.

D'un autre côté, nos savants confrères de la flotte, dans leurs rapports fréquents avec les médecins de l'armée d'Afrique, avaient eu souvent occasion de se renseigner sur les tentatives d'une médication nouvelle ; ils les contrôlèrent, les analysèrent, les développèrent en les appliquant au traitement des affections paludéennes dans nos colonies lointaines, et *partout* ils ont obtenu des résultats identiques à ceux énoncés. C'est, je n'en doute pas, à leur sagacité, à leur impulsion, à leur initiative, à leurs connaissances spéciales que la Réunion doit de n'avoir eu qu'une mortalité bien faible, si on la compare à celle de Maurice, lorsque presque simultanément (1866-1868), ces deux îles, — sœurs jumelles pourrait-on dire — ont été frappées par une épidémie de fièvres palustres.

Il y a là, à mon avis, un grand enseignement ; cherchons à le mettre en relief, et tâchons de nous expliquer les désastres de Maurice.

Cette île, renommée jusqu'au milieu de ce siècle, pour sa salubrité, sa richesse, sa fertilité et ses belles

forêts, est depuis vingt-cinq ans environ violemment tourmentée par des affections paludéennes. Pourquoi? Parce que, depuis une cinquantaine d'années, on a procédé sans mesure, sans discernement au défrichement presque entier de ces magnifiques forêts que l'on a remplacées par la canne à sucre. Les terres des montagnes, n'étant plus maintenues par les racines des arbres, se sont délayées pendant la saison des pluies, ont été entraînées dans les parties basses, où elles ont formé des terrains d'alluvion considérables, au milieu desquels se sont établis de vrais marécages. Dès cette époque les fièvres intermittentes, qui jusqu'alors avaient été sporadiques et bénignes, ont augmenté en nombre et en gravité. On peut juger de la marche de cette dernière progression, en voyant la modification qu'elle a entraînée dans la thérapeutique. Jusqu'en 1858, on administrait le sulfate de quinine à la dose de 3 à 6 grains, en deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Mais, de 1858 à 1860, les accidents devenaient plus graves, les accès pernicieux se multipliant, on élève la quantité du fébrifuge à 3 grammes par jour.

On voit donc, à n'en pas douter, d'après cette progression dans les doses du sulfate de quinine, que le danger devient menaçant et que le pays est décidément entré dans les contrées à fièvres paludéennes endémiques. Mais, malgré tous ces graves avertissements, on était loin de prévoir la terrible explosion de ces fièvres, qui, sur une population de 360,000 habitants, en font périr 11,735 en 1866 ; en 1867, 40,000, — je dis 40,000 ! — Dans les six premiers mois de 1868, les décès s'élèvent encore à 12,748, et la *malaria* continue toujours à se manifester, mais heureusement dans de moindres proportions.

Ce fut en 1867 — et on le comprend très bien, — un affolement général, auquel les médecins eux-mêmes ne purent échapper, comme le démontrent deux rapports officiels adressés à l'autorité par une commission médicale chargée de se renseigner sur la nature de

l'épidémie et d'indiquer les moyens de la combattre. Dans ces rapports, sont exprimées deux opinions contradictoires : l'une pense que l'on a affaire à des fièvres palustres ; l'autre (et c'était la plus répandue dans la population, en même temps qu'elle était partagée par un assez grand nombre de médecins), prétendait que la maladie n'était pas due à la malaria, mais que c'était la fièvre de Bombay, importée dans l'île par des immigrants, qui à cette époque arrivaient à Maurice en très grand nombre. « Il est bien difficile, disent MM. Le Roy de Méricourt et Layet, de débrouiller le chaos pathologique dans lequel les médecins, qui ont écrit sur cette maladie, semblent avoir pris plaisir à se plonger. »

C'est une tâche que, malgré ses difficultés, je vais cependant tenter de remplir, après avoir rendu justice aux membres de la commission qui soutenaient l'origine paludéenne de la maladie, dans laquelle ils voyaient une reproduction fidèle des épidémies dont l'histoire nous a été léguée par Morton, Torti, Lancisi, Werloff, Lauter, Medicus et Alibert.

Je commencerai par faire remarquer que la commission a eu le très grand tort de ne s'appuyer que sur des travaux anciens, le traité d'Alibert étant lui-même très arriéré, au point qu'il ne peut éclairer en rien la question des fièvres intermittentes et que, en réalité, il n'est pas de notre époque.

Si, au contraire, elle avait consulté, si elle avait médité les recherches modernes, que l'on doit surtout aux médecins des armées de terre et de mer, sur les grandes épidémies des pays chauds et marécageux, elle aurait mieux compris le problème qu'elle avait à résoudre. Elle aurait pu alors apprendre à prévenir les accès pernicieux, non moins que le passage à l'état ataxo-adynamique de ces fièvres continues spéciales, qui tantôt prennent cette allure dès le début, et tantôt ne la revêtent que secondairement, après avoir passé

par l'intermittence ou la rémittence ; qui, dans tous les cas, constituent les formes les plus nombreuses, les plus redoutables, les plus souvent mortelles.

Elle aurait vu bien vite qu'en administrant le sulfate de quinine immédiatement et à haute dose, on n'a plus de ces fièvres malignes dont parlent tant les auteurs des siècles derniers, qui ont été si multipliées à l'île Maurice et dont Mazurie a tracé un tableau si saisissant ; lequel, du reste, ne diffère en rien de celui que nous a laissé Pinel de ses deux fièvres essentielles dites l'une ataxique, l'autre adynamique.

Dans le cas actuel, ce n'était pas à trouver des analogies entre la maladie que l'on observait et celles qui ont été décrites par des médecins qui, sauf Alibert, vivaient il y a 150 ans, et qui bien certainement, par l'insuffisance de leurs moyens thérapeutiques non moins que par leurs données théoriques, contribuaient largement au développement de ces grandes épidémies dont ils se faisaient les historiens, sans se douter de la part qui leur revenait dans le désastre. Ce qu'il y avait à chercher avant tout, c'était de ne pas être réduit à faire une nouvelle description ; et l'on y serait facilement arrivé, en feuilletant quelques unes des pages écrites par la médecine moderne sur ce sujet ; on y aurait appris comment de ces maladies très graves, on fait des affections facilement curables.

On le sait très bien en France ; on n'y doute plus que c'est aux enseignements que je recommande aux médecins des pays chauds et marécageux, que l'on a dû la fin des épidémies de prétendues fièvres putrides, malignes, ataxiques, typhoïdes, qui ont exercé tant de ravages dans notre armée d'Afrique dans les premières années de l'occupation, et qui, tout comme à l'île Maurice, avaient présenté des difficultés presque insolubles dans leur diagnostic et dans la détermination de leur nature.

Il faut espérer que cette douloureuse contre-épreuve, faite à Maurice, de la thérapeutique algérienne sera

le dernier tribut payé aux incertitudes, aux difficultés de la pathologie propre aux contrées infectées par le voisinage des marais. En exprimant ce vœu, je suis heureux de pouvoir me rendre ce témoignage que je n'ai rien épargné, ni mon temps, ni ma peine, ni mes intérêts pour assurer le triomphe d'une méthode qui a déjà rendu, je crois, de grands services et qui, pendant longtemps encore, est appelée à en rendre à de nombreuses populations.

Je suis d'autant plus autorisé à me complaire dans cette douce quiétude, que l'Académie des sciences, ce juge suprême des grandes questions qui s'agitent dans le monde des travailleurs, vient de récompenser mes travaux qu'elle veut bien qualifier d'admirables en leur donnant un prix Montyon et en proclamant dans son rapport que, « grâce à la méthode de Maillot, on vit disparaître ces épidémies terribles, dont avait tant souffert notre armée en Morée et pendant les premières campagnes d'Afrique..... que la possibilité de l'occupation militaire et de la colonisation ne fut plus discutée; la Mitidja cessa d'être *le tombeau des Chrétiens.* »

MORBIDITÉ & MORTALITÉ

de l'Armée

en France et en Algérie (1)

A Monsieur le Dr E. LE SOURD, *Directeur de la* Gazette des Hôpitaux.

MON CHER DIRECTEUR,

Dans mon article intitulé *Origine et développement de la thérapeutique algérienne*, que vous avez bien voulu insérer dans la *Gazette des hôpitaux* du 29 mai 1883, j'émets la proposition que « la proportion » des décès aux maladies traitées dans les hôpitaux » est à très peu de chose près la même en Algérie » qu'en France. »

Ne pensez-vous pas qu'une affirmation de cette importance mérite qu'on l'appuie sur des chiffres, surtout si on la rapproche de l'impression douloureuse qu'ont laissée en France les désastres du début de notre séjour en Algérie ? C'est du moins mon avis ; et dans cette persuasion j'ai cherché si je ne pourrais en trouver la preuve dans la *Statistique médicale de l'armée.* J'ai donc dépouillé les quatre dernières années de ce document officiel, qui s'arrête à 1880. Voici le résultat de mes recherches.

J'ai pris pour point de comparaison le gouvernement de Paris, qui embrasse une des contrées les plus salubres de France et dont l'effectif militaire est à peu près le même que celui de l'Algérie.

---

(1) *Gazette des Hôpitaux,* 4 mars 1884.

J'ai alors trouvé que la *morbidité* dans notre armée d'Afrique est de beaucoup plus considérable qu'en France, que par suite la *mortalité* y dépasse d'environ un tiers celle du gouvernement de Paris ; mais que la *proportion des morts* au nombre des malades y est notablement inférieure.

Cette triple énonciation, qui va causer bien des surprises, se base sur les mouvements hospitaliers des années 1877, 1878, 1879 et 1880.

Le travail officiel auquel je les emprunte ne va pas au-delà comme je viens déjà de le dire, et il m'a révélé ce qui suit :

Les entrées aux hôpitaux en Algérie et dans le gouvernement de Paris réunis ont été au nombre de 137,043 ; les morts, à celui de 4,833 ; ce qui donne 1 mort sur 28.

Si l'on décompose ce chiffre d'ensemble, on a pour l'Algérie 86,298 entrées et 2,747 morts ; pour la France, 50,745 entrées et 2,860 morts.

D'où une mortalité en Algérie de 1 sur 31, et dans le gouvernement de Paris de 1 sur 24, en nombres ronds, laissant de côté des fractions tout à fait insignifiantes, sans portée.

Ne pensez-vous pas, mon cher Directeur, que la vulgarisation de ce fait officiel soit de nature à dissiper bien des préventions contre l'Algérie et à rassurer les familles qui ont leurs enfants dans cette contrée, autrefois si meurtrière ? Il est loin, en effet, le temps où, sur une garnison de 3,000 à 4,000 hommes, on en perdait 1,526 en un an. Il est proche, au contraire, celui où la mortalité générale sera moindre en Algérie qu'en France, comme il arrive depuis quelques années pour la mortalité proportionnelle au chiffre des malades. Cette évolution se fera à bref délai, à mesure que le dessèchement des marais, le drainage, l'endiguement des cours d'eau, le reboisement, les travaux déjà si considérables de l'agriculture et de la viticulture, feront disparaître les causes spéciales bien connues,

bien déterminées des maladies jadis si redoutables et qui obéissent aujourd'hui si facilement à la thérapeutique. J'avoue que pour mon compte, en commençant cette intéressante étude, j'étais encore dans la croyance que la mortalité proportionnelle au nombre des malades était un peu moins favorable dans notre armée d'Afrique qu'en France ; la réserve avec laquelle j'ai formulé mon sentiment dans la proposition que j'ai rappelée plus haut — et dont cette note n'est qu'un complément et une simple démonstration — indique suffisamment quel était mon sentiment.

Permettez-moi, en finissant, de vous faire remarquer que le résultat que je signale à l'attention publique est dû en grande partie au dévouement des médecins militaires ; car, depuis plus d'un demi-siècle, ils ne cessent de combattre, au milieu des fatigues et des dangers, un mal qui avait très gravement compromis la conservation de l'Algérie. Je connais trop l'élévation de vos sentiments pour n'être pas sûr à l'avance que vous vous associerez à mon appréciation ; l'insertion de cette appréciation dans votre journal, si universellement lu et si grandement estimé, sera pour ces vaillants lutteurs le plus précieux des encouragements.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

sur l'état sanitaire de la garnison de Bône

de 1832 à 1881 (1)

I

La ville de Bône a été occupée par l'armée française au mois de mars 1832. L'effectif de sa garnison a été, pendant plusieurs années, de 3,000 à 5,000 hommes; il s'est ensuite abaissé dans des proportions variables, à mesure que s'opérait et s'étendait la pacification du pays; c'est ainsi que de 1872 à 1880, il ne s'est élevé qu'une fois à 2,250; que son minimum a été de 1,337 en 1873, et en 1874 de 1,240; le reste du temps, il s'est maintenu un peu au-dessous de 2,000. Il m'a paru utile d'exposer ces chiffres, parce que leur connaissance permettra d'apprécier d'un coup d'œil les proportions entre les valides, les malades et les morts.

Cela posé, j'interroge les mouvements hospitaliers de cette longue période et voici ce qu'ils répondent :

En 1832, on a eu 4,033 entrants; 449 morts; 1 mort sur 9.

En 1833, on a eu 6,704 entrants; 1,526 morts; 1 mort sur 4.

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 20 mars 1884.

En 1834, jusqu'au 16 mars 1835, on a eu 11,593 entrants ; 538 morts ; 1 mort sur 21.

Cette période de quatorze mois et demi qui, avec 856 malades en plus que pendant les deux années précédentes réunies, compte 1,437 morts en moins, correspond au temps où j'ai rempli les fonctions de médecin en chef de l'hôpital de Bône et où j'ai fondé la thérapeutique qu'on peut appeler algérienne, thérapeutique qui a fini, après bien des traverses, par s'imposer à tous ; une expérience demi-séculaire en a confirmé les principes et les résultats, comme va nous le démontrer la *Statistique médicale de l'armée* prescrite par la loi du 22 janvier 1851, mais dont, malheureusement pour mes recherches, le premier fascicule n'a paru qu'en 1865.

Il est sans doute très regrettable que, dans ce long temps de 1835 à 1865, il n'ait été publié aucun document, soit médical, soit administratif, qui me permettrait de baser sur des chiffres mes assertions, à savoir que, durant cet intervalle, on n'a vu qu'une seule fois, en 1852 et 1853, l'épidémie estivale prendre un grand développement ; et que la mortalité proportionnelle non seulement est restée presque toujours dans les mêmes limites qu'en 1834, mais encore qu'elle a fini par devenir beaucoup moindre. On ne peut, du reste, mettre en doute cette progression, quand on voit les résultats énoncés en 1865 dans le premier fascicule de la *Statistique médicale de l'armée,* qui désormais va régler tout mathématiquement et nous conduire au grand jour, sans hésitation, sans le moindre faux-fuyant, jusqu'en 1880, où a paru son dernier numéro.

J'ai relevé dans ce grand et important ouvrage les hiffres qui concernent l'hôpital de Bône et je les ai dressés dans le tableau ci-dessous :

Mouvement de l'hôpital militaire de Bône du 1er janvier 1865 au 31 décembre 1880

Années	Entrants	Morts	Proportions des morts aux entrées	
1865	1.595	25	1 mort sur....	62
1866	1.248	21	1 »	59
1867	1.212	23	1 »	52
1868	1.970	68	1 »	28
1869	1.436	31	1 »	46
1872 (1)	1.956	48	1 »	40
1873	1.184	28	1 »	42
1874	1.078	22	1 »	49
1875	1.340	36	1 »	37
1876	1.614	26	1 »	62
1877	1.367	24	1 »	56
1878	1.100	67	1 »	16
1879	1.014	25	1 »	40
1880	951	17	1 »	55

Ces chiffres ont une éloquence saisissante ; ils démontrent que Bône, après avoir été un séjour des plus pernicieux, est devenue une des localités de l'Algérie où l'on meurt le moins ; on ne peut les suspecter d'erreurs, car ils sont fournis par un document officiel, rédigé sous la haute surveillance du Conseil de santé des armées et publié par le ministre de la guerre, conformément à une loi spéciale. Quand on a assisté aux désastres qui ont tant assombri nos jeunes années en Afrique, on est heureux d'avoir assez vécu, pour voir couronnés par de semblables succès les efforts des pionniers de la première heure.

Mais, continuons notre étude et voyons si elle ne nous révélera pas des faits non moins curieux pour la science. J'en découvre immédiatement ; c'est la faible mortalité que donnent aujourd'hui à Bône les fièvres intermittentes et rémittentes, ces affections autrefois si meurtrières. Je dis *si meurtrières*, et j'ajoute *à un point dont on ne s'est jamais douté en France*. En

(1) Par suite de la guerre, la statistique de 1870 et de 1871 n'a pas été établie.

voici un exemple, qui avait fini par prendre dans mon esprit un caractère de légende; dans le doute, je priai mon excellent ami, l'inspecteur Hutin, à qui nous devons une remarquable histoire de l'épidémie de 1833, de m'en rappeler les détails ; il me répondit ceci de Saint-Germain, le 10 mars 1884 : « Comme il était un peu tourmenté par les Arabes, on renforça ce poste (le blockaus de la fontaine, à moins de 2 kilomètres de la ville) ; on y mit 27 hommes. Sur ce nombre 24 ou 25 sont morts après deux ou trois jours de maladie ; le médecin était des morts.... » On trouverait difficilement un témoignage plus frappant de la gravité du mal et de l'insuffisance de la médication, qu'on nous avait enseignée dans les écoles universitaires tout aussi bien qu'au Val-de-Grâce, si souvent incriminé mais qui ne le méritait pas plus que les autres centres d'instruction, où nous n'avions pour classiques en la matière que la *Nosographie* de Pinel et le *Traité* d'Alibert.

J'appuie mes assertions sur le tableau suivant, qui indique le nombre des fièvres intermittentes et rémittentes traitées pendant onze ans à l'hôpital de Bône, et celui des décès qu'elles ont fournis :

Années	Nombre des fièvres	Décès
1865	958	5
1866	652	6
1867	480	1
1868	1.011	15
1869	867	8
1875 (1)	661	10
1876	891	10
1877	605	2
1878	520	12
1879	412	5
1880	247	2

(1) Par suite de la guerre, point de statistique en 1870 et en 1871 ; les fascicules de 1872, 1873, 1874, ne donnent que le chiffre brut des malades, sans indiquer le genre des maladies.

Je crois que les praticiens prendront un grand intérêt aux faits que j'expose et que ces faits n'auront pas moins de prix aux yeux des statisticiens et des économistes ; car ils sont d'un bien grand poids dans les questions que l'on agite depuis cinquante ans et qui semblent n'avoir pas encore été définitivement résolues pour tout le monde, à savoir si les Européens ont la puissance de s'acclimater en Algérie et d'y perpétuer leur race. Pour moi, je n'en fais pas le moindre doute ; la ville de Bône nous en fournit une preuve irréfutable. Elle était en ruines, lorsque nous y sommes entrés ; elle avait à peine 5.000 habitants, Maures et Arabes, pauvres, chétifs, déguenillés. Aujourd'hui c'est une cité florissante, riche, coquette, siège d'un grand commerce, comptant une population de plus de 28.000 âmes, ayant ouvert de larges rues et élevé des maisons splendides sur ce terrain empoisonné, dont le voisinage avait, à deux reprises, si grandement compromis les brillantes destinées qui l'attendaient. Comme dans presque toute l'Algérie, les fièvres y sont encore fréquentes, mais on les dompte facilement ; en les arrêtant immédiatement, on prévient les accidents consécutifs et la cachexie palustre y est devenue rare ; les malades recouvrent leurs forces en quelques jours et reprennent vite, les soldats leurs services, les colons leurs travaux. C'est là ce qui a permis d'une part de diminuer l'effectif de la garnison ; d'autre part, de mettre en culture des plaines immenses et de planter ces vignobles, qui vont constituer une grande richesse pour l'Algérie et fournir à la métropole les ressources que lui a enlevées le phylloxéra.

Je sais très bien, et je m'en suis déjà expliqué ailleurs, que dans cette diminution du nombre des fièvres, dans leur atténuation, dans l'abaissement si considérable de la mortalité, tout l'honneur ne revient pas à la médecine ; je ne méconnais pas l'influence des autres facteurs, tels qu'une meilleure installation, une alimentation plus riche, plus substantielle, plus variée, le

desséchement d'un assez grand nombre de localités marécageuses et rendues ainsi à l'agriculture. Mais s'il est difficile de faire exactement la part qui revient à la première et celle qui est due à ces dernières conditions, il n'y a pas moins ce fait qui appartient uniquement à la thérapeutique : l'arrêt subit de la mortalité en 1834 ; l'influence persistante de l'action de cette thérapeutique ; la diminution immédiate des décès dans les diverses stations aussitôt qu'elle a été adoptée ; le retour non moins prompt des revers aussitôt qu'on s'en écartait, comme il est arrivé souvent, par exemple, quand des médecins venant de France étaient sans préparation, sans aucun avertissement, chargés de diriger des services de fiévreux.

II (1)

J'ai toujours été convaincu que nous n'arriverions à maîtriser les fièvres du pays qu'avec l'aide des travaux de colonisation, et je le prouve en transcrivant ici les quelques lignes par lesquelles, en 1836, je terminais mon traité *des Fièvres intermittentes :* « Il n'y a qu'un moyen de faire cesser ces désolantes endémies : c'est la destruction des marais, à laquelle on peut arriver par deux voies, en les desséchant ou en les couvrant d'eau. Mais, la conversion des marais en étangs est encore une demi-mesure, parce qu'à l'époque des chaleurs leurs bords, dans une étendue plus ou moins grande, restent à nu et alors ils ont une influence presque aussi désastreuse... Il n'est donc que le desséchement sur lequel on puisse compter, pour détruire entièrement ces maladies, qui sont du nombre de celles qu'on doit faire disparaître, avec les progrès de la civilisation...... Les générations donc qui entreprendront le desséchement des marais

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 22 mars 1884.

ne mèneront à bien cette noble et importante opération qu'avec de grandes dépenses d'hommes et d'argent, mais elles rendront à l'industrie des terrains immenses ; mais elles donneront des populations mâles et vigoureuses à ces pays où l'on ne voit aujourd'hui que des habitants clairsemés, débiles et arrachant avec peine à un sol ingrat et meurtrier les moyens de prolonger de quelques jours leur misérable existence. »

Ces lignes étaient à peine écrites depuis deux ans, que le génie militaire entreprit l'assainissement de la plaine de Bône; on y établit un espèce de drainage, en creusant des canaux qui recevaient aussi les eaux des pluies torrentielles de l'automne et de l'hiver et les conduisaient à la mer ; on y fit des remblais pour exhausser le terrain dans les points les plus déclives ; on développa les travaux d'agriculture, dont les soldats avaient déjà donné l'exemple en créant, sous l'autorité du commandement, des jardins qui leur procuraient d'excellents légumes pour améliorer leur ordinaire. L'opération, commencée en 1838, fut terminée l'année suivante ; et depuis 1840 on eut une accalmie qui se prolongea jusqu'en 1852, où éclata alors une explosion de fièvres qui se renouvela en 1853, pour rappeler les mauvais jours du début par le nombre, mais heureusement non par la gravité des atteintes. En effet, si en 1852 on a eu 5,715 entrants, on n'a compté que 127 décès, c'est-à-dire 1 mort sur 45 malades ; si en 1853 on a reçu 4,952 malades, on n'a inscrit que 150 morts, 1 sur 33 entrants.

Cette réapparition d'une endémo-épidémie sérieuse, qui avait été précédée par le choléra de 1849, n'aurait pas dû surprendre autant qu'elle l'a fait ; j'ai sous les yeux les preuves écrites que, dès 1847, elle se laissait pressentir par la manifestation de cas plus nombreux et plus graves, qui relevaient de conditions dont on n'a pas tenu assez de compte ; je veux dire que, déjà à cette époque, un ingénieur et un médecin avaient constaté et révélé que les canaux de la plaine

commençaient à s'envaser, se remplissaient par des éboulements successifs, qu'ils ne pouvaient plus recevoir la totalité des eaux de pluie qui s'épandaient dans la plaine; que le ruisseau d'Or qui la traverse, arrêté dans son cours par une arche trop basse, passait par-dessus ses berges et noyait les terrains environnants. On négligea ces premiers avertissements, et les conditions topographiques de la plaine finit par revenir à peu près à l'état antérieur aux travaux de 1838. C'est ainsi que furent préparées et déterminées les épidémies de 1852 et 1853. J'en rendis compte au ministre pendant mon inspection de cette dernière année; j'étais sur le théâtre même de ces événements, et au moment où une commission administrative étudiait la question et proposait des moyens analogues à ceux qui ont été employés dans l'assainissement et le dessèchement des polders. De mon côté, j'émis l'avis de désencombrer les canaux, de rétablir l'écoulement des eaux en détruisant le barrage que le sable de mer et la vase des canaux avaient créé au point où ceux-ci devaient se décharger dans la mer. Le principe fut adopté; mais on jugea qu'il serait plus facile et plus simple de creuser de nouveaux canaux, tout en comblant les anciens.

J'avais aussi exprimé, dans mon rapport au ministre, ma pensée sur le danger permanent que constituait pour la ville de Bône le voisinage du lac Fezzara, qui pour moi avait une double action nuisible : d'abord en donnant naissance à un grand nombre de fièvres, malgré son éloignement de 25 kilomètres; puis, et surtout, en augmentant leur gravité par les miasmes qui s'en dégageaient et que les vents apportaient souvent sur la ville. J'ai su que mon avis, combattu par des opinions contraires, n'avait pas été accueilli favorablement; aussi je ne me flatte pas d'avoir été pour quelque chose dans la gigantesque entreprise du dessèchement de ce fameux lac, qui avait une surface de 1,700 hectares; opération qui, mise à exécution

vingt ans plus tôt, aurait bien avancé la colonisation.

Maintenant, si l'on désire savoir quelle influence ont eue, sur l'état sanitaire de la ville de Bône, les travaux dont nous venons de parler et si les faits ont répondu à la théorie, je dirai que depuis les épidémies de 1852 et de 1853, les maladies ont repris les allures modérées dont on s'est tant félicité de 1840 à 1852.

Je ne puis mieux faire, au surplus, que de copier textuellement ce que dit à ce sujet, dans son rapport sur le service médical du premier avril 1881 au 31 mars 1881, M. Hattute, médecin en chef de l'hôpital de Bône, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris : « Les plantations, dit-il, l'aménagement des eaux par l'extension des zones de culture ont tellement assaini Bône et ses environs que les fièvres d'accès y deviennent tout à fait exceptionnelles..... Actuellement les plantations d'eucalyptus, faites sur les terrains conquis sur le lac Fezzara, assurent pour l'avenir la salubrité des campagnes environnantes, désolées jusqu'à présent chaque année par l'endémie, pendant la saison des chaleurs.... Sur le nombre total des fièvres intermittentes pernicieuses ou rémittentes observées pendant l'année, très peu sont originaires de Bône. »

Le mouvement hospitalier de l'année est en complet accord avec les réflexions qui précèdent ; 932 malades, 14 morts, 296 fièvres intermittentes, dont 2 pernicieuses comateuses, 15 fièvres rémittentes. « Les cas de cachexie, dit encore M. Hattute, se montrent presque exclusivement chez les hommes du pénitencier militaire, en raison de leurs missions pénibles, ouvertures de routes, dessèchement des marais, défrichements, etc.., d'où de nombreuses récidives ; les cas de dysenterie sont aussi nombreux chez eux.... Les deux hommes, morts par accès comateux, venaient de camps éloignés. »

Je n'ai pas, dans ce travail, dissimulé l'importance des travaux de colonisation pour arriver à rendre

à l'Algérie la salubrité qu'elle avait du temps des Romains, qui n'ont pas connu les maladies qui nous ont tant éprouvés. Est-ce à dire pour cela que j'entende reléguer la médecine au second plan? Non; Dieu m'en préserve! Son rôle dans la colonisation algérienne a été trop grand, pour qu'on ne lui en conserve pas l'honneur. Je crois même que sans son initiative, sans son intervention, on n'aurait pu rien mener à bien. C'est elle, en effet, qui a fourni les instruments primordiaux du travail, c'est-à-dire des hommes restés valides malgré plusieurs atteintes de fièvres, ces hommes ayant été défendus à temps par des remèdes héroïques contre un mal qui, s'il n'avait pas été arrêté immédiatement, les aurait tués en quelques jours ou rendus en quelques semaines impropres à tout métier, à tout effort violent. Cette appréciation des services rendus par la thérapeutique en Algérie a été formulée, de la façon la plus humoristique, par M. le docteur Bordier, professeur à l'école d'anthropologie de Paris, lorsque, dans le *National* du 5 octobre 1881, il a dit : « La devise du général Bugeaud, *Ense et aratro*, est célèbre; mais que serait devenue la colonie de l'Algérie sans celle de Maillot : *Le sulfate de quinine?* »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des fièvres palustres avec la description des microbes du paludisme

Par A. Laveran

médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce (1)

I

M. Laveran nous fait entrer, drapeau déployé, dans les doctrines microbiennes. Dès ses premiers mots, il nous le dit très franchement, nous préparant ainsi à le suivre dans l'examen des conséquences pratiques de la découverte du microbe du paludisme ; découverte qu'il a révélée au monde savant par des communications à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine en 1880, 1881 et 1882. Il nous y conduit par une analyse serrée, précise, en faisant passer sous nos yeux les opinions qui ont régné tour à tour sur la cause efficiente du paludisme, sur sa causalité, pour me servir d'une expression de la vieille scholastique. Ainsi, il nous montre Vitruve, Varron et Columelle supposer, mais non démontrer, que les fièvres palustres sont produites par l'introduction d'animalcules dans le corps de l'homme ; Lancisi, admettre qu'elles sont dues à des animalcules microscopiques qui, engendrés par la putréfaction des végétaux dans les marais, se trouvent en suspension dans l'air des localités maré-

---

(1) *Gazette des Hôpitaux,* 3 juin 1884.

cageuses et qui sont susceptibles de pénétrer dans le sang. Ne dirait-on pas l'idée mère des théories actuelles ? Mais on ne resta pas dans cette voie, et c'est ainsi que, même de nos jours, Boudin accuse la flore des marais ; M. le professeur Bouchardat, leur faune ; Mitchell (1849,) Hammond (1863), des spores de champignons microscopiques dont ils n'ont pu découvrir la nature ni déterminer l'espèce ; Salisbury (1862), des petites cellules végétales se rapportant au genre *algue* et à l'espèce *palmelle ;* Lemaire (1864), les microphytes ou les microzoaires qui se trouvent en si grand nombre dans l'air des localités palustres ; Balestra (1869) une *algue* qu'il a rencontrée aussi dans l'air des pays marécageux. Je ne pense pas qu'il soit bien intéressant d'aller plus loin dans l'énumération de ces opinions, dont aucune n'a pris rang dans la science.

La cause de ces insuccès, dit M. Laveran, tient à ce que la plupart des recherches faites dans le but de découvrir le parasite du paludisme ont porté sur l'air, l'eau et le sol des localités palustres, et que l'examen histologique du sang des malades atteints de fièvres palustres a été très négligé. Comme l'air, l'eau et le sol des marais, ajoute-t-il, renferment un très grand nombre d'êtres microscopiques, appartenant soit au règne végétal, soit au règne animal, on comprend qu'il soit difficile de dire quel est parmi ces microbes celui qui occasionne les accidents du paludisme, et qu'on ait été conduit à décrire comme un parasite du paludisme, tantôt une palmelle, tantôt un bacillus, suivant les espèces qui dominaient dans les localités où se faisaient les observations.

Partant de ces données, très versé dans l'art des recherches microscopiques, très habile dans les études histologiques, adepte convaincu des théories nouvelles, M. Laveran aborde résolument la question qu'il a pris à tâche d'élucider ; et il déclare que c'est par l'étude des lésions anatomiques du paludisme qu'il a été amené

à découvrir, dans le sang des paludiques, des microbes qui lui paraissent être les véritables parasites de cet état pathologique.

L'étude des lésions anatomiques du paludisme, écrit M. Laveran, nous montre, en somme, que l'altération la plus caractéristique, la seule constante du paludisme, consiste dans la présence d'éléments pigmentés dans le sang, et principalement dans le sang de la rate; les corps pigmentés qui existent *dans le sang des paludiques ne se rencontrent dans aucune autre maladie....* L'étude du sang frais, recueilli sur les malades atteints de fièvres palustres, permet seule de reconnaître la véritable nature de ces éléments.

C'est, au point de vue des altérations, la mélanémie de Freerichs, qui rentre évidemment dans le même ordre de recherches et dont M. le professeur Kelsch s'est occupé avec tant d'autorité, en disant aussi qu'elle constitue une lésion particulière au paludisme et qui a une très grande importance pour le diagnostic des fièvres palustres. Mais M. Laveran fait ressortir que M. Freerichs, tout en décrivant parfaitement les éléments pigmentés dont il s'agit, en a méconnu la nature ; qu'il n'a pas vu qu'il avait sous les yeux les formes cadavériques des parasites du sang, dont il n'a pas même soupçonné l'existence. Freerichs admet, comme vérité démontrée, que le pigment résulte d'une décomposition du sang. M. Kelsch pense, lui, que le pigment provient de la destruction des hématies et qu'il se forme dans le sang et non presque exclusivement dans la rate, comme le croyait l'auteur précédent ; enfin que ce n'est que secondairement qu'il s'accumule dans certains organes.

Pour M. Laveran, la question est bien autre : cette pigmentation est pour lui la forme cadavérique du microbe du paludisme. Ecoutons-le : « Les lésions cadavériques ne donnant que des renseignements peu satisfaisants sur la nature et le mode de formation

des éléments pigmentés, il était indiqué de rechercher dans le sang frais, recueilli sur des malades atteints de fièvre palustre, des données plus exactes..... Je ne tardai pas alors à découvrir, outre les leucocytes mélanifères déjà connus, des éléments sphériques, cylindriques ou en croissant, de forme très régulière, pigmentés, très distincts des leucocytes chargés de pigment... Je soupçonnai depuis quelque temps la nature parasitaire de ces corps, lorsque le 6 novembre 1880, en examinant un des éléments sphériques pigmentés, dans une préparation de sang frais, je constatai avec joie qu'il existait à la périphérie de cet élément des filaments mobiles, dont la nature animée n'était pas contestable. Dès ce moment, j'eus la conviction que j'avais trouvé le parasite du paludisme ; les faits en très grand nombre que j'ai observés depuis lors, ont pleinement confirmé cette première impression. »

Des recherches multipliées, empreintes de l'exactitude la plus rigoureuse, lui ont permis de donner la description de ce nouveau microbe, de suivre les phases rapides de sa courte existence, depuis son apparition jusqu'à sa mort, jusqu'à sa destruction, et d'affirmer qu'il est la cause unique directe du paludisme en général, et des fièvres palustres en particulier.

Maintenant, comment M. Laveran va-t-il expliquer les accès et les paroxysmes de ces fièvres. Il constate d'abord que c'est un peu avant le début des accès que l'on trouve dans le sang des paludiques les éléments parasitaires en plus grand nombre et sous les formes les plus caractéristiques ; puis que, l'accès terminé, ils sont devenus infiniment plus rares et qu'ils sont en partie détruits, leurs débris formant les éléments pigmentés qui donnent aux divers tissus, notamment au cerveau, la teinte foncée, noirâtre, que l'on ne trouve que dans les cadavres des paludiques. Se plaçant au nombre des médecins qui attribuent au centre cérébro-spinal un rôle considérable, le plus important

sans contredit, dans l'évolution des fièvres intermittentes, il dit : « La présence de ces corps, dont le volume est parfois supérieur aux hématies, doit évidemment provoquer, notamment dans la moelle épinière une irritation très vive; et l'on conçoit sans peine, étant données les propriétés physiologiques de la moelle, que cette irritation se traduise par un accès de fièvre. » Quant à l'intermittence ou retour des accès, il pense qu'il est probable que l'irritabilité de la moelle épinière est épuisée après chaque accès, et que l'intervalle qui sépare l'un de l'autre, représente le temps nécessaire pour que cet épuisement se dissipe ; ceci rentre tout-à-fait dans les théories italiennes. Je m'estime très heureux, au surplus, de constater que M. Laveran soit venu confirmer que j'avais eu raison de faire ressortir combien il faut tenir compte des phénomènes importants qui se passent dans le cerveau et dans la moelle, dans les fièvres paludéennes, puisque quand elles donnent la mort, c'est presque toujours par le coma, par le délire ou par l'état algide : trilogie pathologique qui relève uniquement et évidemment de ces grands appareils.

Je m'arrête ici dans l'exposition de la doctrine de M. Laveran, qui a rencontré des opposants et des esprits sceptiques. Il ne l'ignore pas et cherche avec empressement, et avec non moins de confiance, l'occasion de faire une démonstration publique, devant l'Académie des sciences et devant l'Académie de médecine, ces juges suprêmes des questions de principes que soulèvent les novateurs ; et cette occasion lui sera donnée le jour où, dans les hôpitaux militaires de Paris, il aura rencontré des fébricitants venus d'Algérie. Espérons avec lui qu'il sera aussi heureux dans cette circonstance que dans le voyage qu'il a fait à Rome, dans le but exclusivement scientifique de découvrir le microbe paludique chez les malades de la campagne romaine, si renommée pour sa malaria.

Je poursuis l'étude de son livre et j'arrive à la classification des fièvres palustres ; il n'admet que des intermittentes et des continues, et pense que l'expression de fièvre rémittente, très usitée en Algérie, ne lui paraît pas devoir être conservée. C'est revenir à la distinction d'Hippocrate. Je ne partage pas cette manière de voir ; je ne rejette pas le type rémittent, parce que je crois qu'il existe, parce qu'il conduit les esprits timorés, hésitants, à faire un pas de plus et à accepter le traitement quinique pour le type continu dès le début de la maladie, type dont les deux fils de Broussais, après un court séjour prolongé en Afrique, disaient n'avoir pas vu un seul exemple. Assertion bien erronée, bien malheureuse, car elle a aidé à retarder l'application générale du traitement qui convient à ces fièvres continues, d'un caractère tout spécial ; assertion d'autant plus funeste qu'elle était défendue par M. Lévy, dont le style brillant cachait sous des fleurs le danger de ces attaques inconsidérées, auxquelles répond d'une façon éclatante la classification de M. Laveran. En revanche, je suis tout-à-fait de son avis, lorsqu'il dit que la dénomination de fièvre pernicieuse ne peut avoir d'autre signification que celle d'indiquer qu'il y a des fièvres palustres intermittentes et continues (j'ajoute rémittentes), qui s'accompagnent d'accidents graves, et que c'est à ces fièvres compliquées que les mots *d'accidents* ou *accès pernicieux* doivent être appliqués.

« L'état typhoïde se montre plus souvent comme complication des fièvres continues palustres, dit M. Laveran, que des fièvres intermittentes ; tous les auteurs ont insisté sur les diffiultés du diagnostic différentiel des fièvres continues palustres à forme typhoïde et des fièvres typhoïdes proprement dites. » Cette question vient d'acquérir une importance des plus considérables par la transformation de la pathologie algérienne, qui a pris, ainsi qu'en Tunisie, une

extension tout-à-fait imprévue et qui paraît vouloir s'implanter dans ces deux provinces, en même temps que notre civilisation. M. l'inspecteur Vedrènes, directeur du service de santé du 19e corps, m'écrivait d'Alger, le 18 mars dernier : « La pathologie actuelle est un peu différente de ce qu'elle était à votre époque dans la zone africaine. Il y a moins de fébricitants par cause palustre ou tellurique, grâce aux assainissements effectués. Il en reste encore beaucoup trop; mais ce qui domine la pathologie actuelle et mérite une attention spéciale par la gravité et la multiplicité des cas, c'est la fièvre typhoïde. »

II (1)

On a presque accusé les médecins du début de l'occupation de l'Algérie d'avoir complètement méconnu la fièvre typhoïde. C'est une erreur. La vérité est qu'ils désignaient sous le nom de gastro-céphalite la fièvre typhoïde, dont la dénomination faisait à peine à cette époque, son apparition dans le langage scientifique. Pour eux, la gastro-céphalite représentait, d'après l'école de Broussais, les fièvres essentielles des anciens nosologistes, dont Pinel était le dernier représentant. Ce que j'avance est tellement incontestable que moi, qui le premier ai affirmé que la plus grande partie des fièvres continues que nous avions en Afrique, devaient être rattachées à la série des fièvres paludéennes, j'ai inscrit sur mes cahiers, sous ce titre de gastro-céphalite, 294 cas ; mais en faisant la réserve que, le plus généralement, ils devaient rentrer dans la classe des fièvres pour lesquelles je proposais l'appellation de pseudo-continues. J'étais arrivé à cette conception précisément parce que, dans les faits dont je parle, la lésion caractéristique de la fièvre typhoïde nous

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 16 Juin 1884.

faisait presque toujours défaut. Néanmoins, je me tenais constamment en garde contre la fièvre typhoïde; et, en 1836, je conseillais de donner le sulfate de quinine à haute dose dans tous les cas douteux, me fondant sur ce raisonnement : « Si mon diagnostic est erroné, si j'ai affaire à une affection véritablement continue, cette dose empirera nécessairement l'état du malade, et alors je saurai à quoi m'en tenir sur la nature de la maladie. Si, au contraire, j'ai bien diagnostiqué, si c'est bien une affection rémittente ou pseudo-continue que j'ai à traiter, ce médicament apportera une amélioration telle que je devrai en continuer l'emploi ; souvent même une seule dose arrêtera court tous les accidents. » Ces incertitudes dans le diagnostic et dans les indications thérapeutiques se retrouvent encore aujourd'hui au début des fièvres continues, dans les pays chauds et marécageux. Je les vois reproduites dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, par M. Netter en 1855 ; par M. Frison en 1866, qui dit explicitement qu' « en présence de ces cas difficiles, il faut recourir à la pierre de touche, au *sulfate de quinine*. Si la maladie est une fièvre rémittente, elle s'arrêtera immédiatement..... sinon, ce sera une fièvre typhoïde. » Déjà en 1850, M. Dutroulau, dont le nom fait autorité dans les maladies des Antilles, avait dans la *Gazette Médicale de Paris*, appelé l'attention des médecins de la marine sur cette question si délicate, et avait formulé les mêmes principes.

M. Laveran écrit à son tour, en 1884, qu' « *en dehors de l'examen du sang*, le seul moyen de résoudre cette question du diagnostic différentiel consiste à prescrire le sulfate de quinine à forte dose, à 1 gr. 50, à 2 grammes par jour. S'il s'agit d'une continue palustre, la fièvre tombe d'ordinaire au bout de deux ou trois jours ; si la fièvre persiste le quatrième jour de l'entrée à l'hôpital, alors que le malade a pris 5 à 6 grammes de sulfate de quinine, on peut en conclure, presque à

coup sûr qu'on a affaire à une fièvre typhoïde ou à quelque maladie étrangère au paludisme. »

On conçoit très bien que je pourrais me féliciter d'avoir, dès les premiers jours où s'est présentée la difficulté, indiquer les règles qui devaient guider le praticien. Il n'en est rien cependant ; et je regrette très sincèrement de renoncer à l'espérance que, dans les fièvres continues palustres, le tracé thermique pourrait grandement aider au diagnostic ; mais, d'après les recherches de M. Laveran, il n'y faut plus compter, car il diffère peu de celui d'un grand nombre de pyrexies et de phlegmasies qui s'accompagnent d'une fièvre continue; et, de plus, les tracés des fièvres continues palustres se font souvent remarquer par leur irrégularité et par la rapidité avec laquelle la température monte et s'abaisse. »

La fièvre typhoïde, en Algérie, n'est-elle pas influencée dans sa marche par l'intervention du paludisme ? M. Laveran ne le croit pas ; il se fonde sur son expérience personnelle, qui a fait passer sous ses yeux, à Constantine, 293 cas de fièvre typhoïde ; sur ce qu'il n'a jamais trouvé, malgré de nombreuses analyses du sang chez des malades atteints de cette affection, ni les éléments parasitaires du paludisme, ni des leucocytes mélanifères ; sur ce fait encore, que dans plus de 80 autopsies de fièvre typhoïde et plus de 20 autopsies de fièvre palustre, il n'a constaté que *deux fois* la coexistence des lésions de la fièvre typhoïde et des lésions du paludisme ; et même, dans un de ces deux cas, la fièvre typhoïde s'était déclarée à l'intérieur de l'hôpital, chez un malade entré pour cachexie palustre. Contrairement à l'opinion de M. Laveran, les médecins algériens admettent que, dans son évolution, la fièvre typhoïde n'a pas les allures, en quelque sorte classiques, qu'ils étaient accoutumés de voir en France. Seuls, MM. Kelsch et Arnoud (1868) hésitent à le reconnaître, en disant qu'elle emprunte

peut-être quelques particularités de sa physionomie à l'adjonction de l'élément palustre. Mais M. le médecin principal Masse, dont les travaux sur la fièvre typhoïde en Afrique, ont été couronnés par l'Académie de Médecine, le reconnaît formellement ; mais M. Netter (1855) admet « la complication d'une intoxication paludéenne ; que le sulfate de quinine fait disparaître les accidents dus à celle-ci ; puis que la fièvre typhoïde dothiénentérique suit sa marche ordinaire. » Dans le cas où il y a connexion de la typhoïde et de la paludique, dit M. Frison (1866), il faut insister sur le sulfate de quinine ou bien l'on s'expose à des accidents foudroyants et promptement mortels.

Dans mon inspection médicale en 1859, j'ai pu constater que cette dernière croyance régnait sans conteste. Il m'a été donné d'assister alors à une grande épidémie de fièvre typhoïde, qui s'était manifestée à la fois dans la plupart des garnisons de l'Algérie ; à Aumale, notamment, elle était très grave. Cette explosion si insolite et si inquiétante était due à une cause bien évidente. La plupart des régiments d'Afrique avaient envoyé leurs bataillons de guerre à l'armée d'Italie ; et ces bataillons avaient été remplacés par les dépôts composés, comme on sait, de tout jeunes soldats qui ne pouvaient résister au climat, au changement de vie, aux exigences d'un service tout-à-fait nouveau et pénible pour eux. La situation sanitaire était telle que je dus en rendre compte au Ministre, en lui exposant la nécessité de faire rentrer en France ces dépôts aussitôt que, la paix bien assurée, les bataillons de guerre pourraient venir reprendre leurs garnisons ; opération qui ne tarda pas à recevoir son exécution. Quand on voit la constitution actuelle de nos régiments, qui ne comptent plus guère que de jeunes soldats, ne pourrait-on pas rapprocher de l'épisode que je viens de citer l'apparition en si grand nombre des fièvres typhoïdes en Algérie et en Tunisie ?

J'ai cherché à me rendre compte de la dissidence qui existe entre M. Laveran et les auteurs que je viens de citer ; je me suis demandé si l'on ne pourrait pas l'attribuer à des conditions climatologiques et géographiques qui modifieraient profondément la marche de la fièvre typhoïde à Constantine ; cette ville étant bien située, sur un plateau élevé, voisine des neiges sinon éternelles du moins persistantes, subissant des hivers assez rudes et n'ayant jamais été mise au rang des localités éminemment palustres, comme Bône, comme la Mitidja, comme Bouffarik et Lalla-Maghrnia, dont les noms rappellent bien des jours de deuil et de découragement.

M. Laveran a traité en maître la question de l'anatomie pathologique propre au paludisme. Le microscope lui a été d'un grand secours ; il lui a permis d'analyser, avec les détails les plus minutieux, les altérations du foie, de la rate, du centre cérébro-spinal, que ses prédécesseurs avaient plus ou moins bien constatées à l'œil nu, mais qu'ils n'avaient pu savamment interpréter comme il l'a fait. C'est un progrès qui facilitera beaucoup les travaux de ses successeurs.

Nous voici arrivé au dernier terme de son œuvre qui, au surplus, est aussi celui de tous les travaux de médecine, le *traitement* ; et cette question, en raison du point de vue nouveau où il s'est placé, a pour nous tout l'intérêt de l'inconnu. Disons tout de suite que c'est un guide auquel il faut se confier en toute assurance, puisque sur 1,310 malades atteints de paludisme il n'a eu que 6 décès, soit une mortalité de 0,45 pour 100.

Le sulfate de quinine, pour lui, comme pour tous les praticiens, est le remède par excellence contre le paludisme. D'une façon générale, on peut dire, selon lui, qu'on ne trouve plus aucun élément parasitaire dans le sang des malades qui prennent, depuis huit

jours, du sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 80, à 0 gr. 60, par jour... L'examen histologique du sang permet aussi de constater que, si on se contente de donner 3 ou 4 doses de sulfate de quinine et qu'on ne revienne pas à la médication quinique, au bout de quelques jours les microbes ne tardent pas à reparaître dans le sang et à provoquer une rechute; d'où l'indication de prendre des doses décroissantes du sulfate, tous les cinq ou six jours pendant un mois.

La dose ordinaire du médicament doit être de 1 à 2 grammes dans la journée ; il est rare qu'il faille donner plus de 3 grammes, même dans le traitement des accidents pernicieux, bien qu'il relate des exemples qui prouvent qu'on peut, sans danger, dépasser cette quantité. Aujourd'hui, grâce à la méthode des injections hypodermiques, on peut ne plus recourir à ces doses si élevées que, il y a quelques années encore, on était obligé d'administrer par la bouche. On sait que les sels de quinine qui ont été plus spécialement utilisés pour les injections sont : le chlorydrate, le sulfovinate, le bromhydrate et le sulfate, sans que l'un puisse être préféré aux autres. Dans les accès graves, dans les continues palustres, on donne aujourd'hui le sulfate de quinine, sans se préoccuper, comme autrefois, d'attendre un intervalle d'apyrexie ou de rémission, et l'on se trouve très bien de cette pratique.

M. Laveran se pose cette question : Dans le *traitement* faut-il prescrire les évacuants avant le sulfate de quinine? La plupart des auteurs l'ont résolu autrefois par l'affirmative. Une réaction s'est produite dans ces dernières années ; et je crois, dit-il, que les médecins, ayant la pratique des pays chauds, sont aujourd'hui d'accord pour admettre : que les évacuants sont inutiles au début du traitement des fièvres palustres, alors même qu'il existe un embarras gastrique très prononcé et qu'ils sont même nuisibles, s'ils retardent l'emploi du sulfate de quinine. On prescrira donc

immédiatement celui-ci, quitte à revenir aux évacuants, si l'embarras gastrique persiste après la disparition de la fièvre. Dès 1836, j'avais fait les mêmes réflexions, à l'occasion de la méthode de Torti.

Lorsque les paludiques sont arrivés à la période de cachexie, le médecin a une double indication à remplir : 1° il doit s'opposer, autant que possible, à l'aide de la médication spécifique, à la répullulation des microbes dans le sang; 2° il doit s'efforcer de combattre l'anémie et la faiblesse générale. Le vin de quinquina, le fer et l'arsenic sont très utiles dans la cachexie palustre. L'hydrothérapie rend aussi de très grands services. Besoin n'est de dire qu'il faut avant tout un régime tonique, largement réparateur, et l'usage journalier d'un vin généreux.

M. Laveran termine son livre en exposant les préceptes qui devaient présider à l'assainissement des contrées palustres, drainage, dessèchement des marais, plantations, eaux salubres, pures de tout rapport avec des terrains suspects.

Je désire avoir fait comprendre que son œuvre ne laisse dans l'ombre aucune des questions fondamentales qui se rattachent au paludisme. Cette œuvre, par sa doctrine microbienne, signe désormais une époque, une date; elle marque une nouvelle étape dans l'histoire des fièvres intermittentes; elle est à la hauteur des remarquables travaux que la science doit déjà à M. Laveran et qui le placent, tout jeune encore, parmi les médecins militaires les plus distingués et auxquels est réservé le plus grand avenir.

STATISTIQUE MÉDICALE

Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie (1)

J'ai publié, sous ce même titre, un article dans la *Gazette Médicale de l'Algérie*, du 15 mars dernier. J'avais pris pour point de comparaison le gouvernement de Paris, parce que son effectif moyen et celui de l'armée d'Afrique, durant cette période de 1877 à 1880 qui avait été mon sujet d'étude, avaient été à peu près les mêmes : 54,730 pour le premier, 54,270 pour l'Algérie ; parce que aussi, dans la circonscription de ce grand commandement, il n'y a pas de maladies endémiques graves, à moins que l'on attribue ce caractère à la fièvre typhoïde qui, assez souvent, affecte certaines casernes de la grande cité ; ce que, pour mon compte, je n'admets pas ; ce n'est pas là de l'endémicité.

Toutefois, cette objection possible m'a engagé à étendre les bases de mon travail, et à rechercher si de nouvelles investigations, établies sur des données fournies par d'autre corps d'armée, confirmeraient ou infirmeraient les conclusions auxquelles m'avaient conduit la première, savoir : que la proportion des morts au nombre des malades était plus avantageuse en Algérie qu'en France.

Dans cet esprit, j'ai interrogé la statistique médicale des 5e, 7e, 14e et 15e corps, dont les chefs-lieux sont :

(1) *Gazette des Hôpitaux* du 1er juillet 1884.

Châlons-sur-Marne, Besançon, Lyon, Marseille. Pendant les 4 années précitées, l'effectif moyen de ces corps a été de 130,612 hommes ; 95,898 sont entrés dans les hôpitaux ; 4,151 morts ; 1 décès sur 33 et quelques minimes fractions.

C'est un résultat que l'on peut considérer comme tout-à-fait identique à celui que nous avait donné le gouvernement de Paris ; il rentre absolument dans les proportions que nous avaient révélées comparativement et ce Gouvernement et l'armée d'Afrique.

L'intérêt que je prenais à ces questions croissant à mesure que j'avançais dans leur examen, j'ai été tout naturellement conduit à contrôler au même point de vue l'ensemble de l'armée, tant en France qu'en Algérie. J'ai noté d'abord la moyenne annuelle des effectifs pendant le même laps de temps ; elle a été de 479,214, dont 54,270 pour l'Afrique, comme nous venons déjà de le voir ; le nombre des entrées aux hôpitaux a été de 408,264 ; celui des décès s'est élevé à 16,602 ; 1 mort sur un peu plus de 24.

Je décompose maintenant ce chiffre absolu des malades et des morts, pour faire la part qui revient aux garnisons de l'intérieur, et celle qui est afférente aux troupes de l'Algérie ; celle-ci nous est connue, elle a été indiquée dans mon premier article : 86,298 malades, 2,747 décès, 1 mort sur 31 ; quant à celle qui incombe aux corps de troupe stationnés en France, j'ai constaté qu'elle est de 221,966 malades entrés dans les hôpitaux et de 13,855 morts ; 1 mort sur moins de 24.

Ces documents, qui embrassent toute l'armée française, tant en Algérie que dans la Mère-Patrie, concordent donc entièrement avec les propositions générales et les conclusions que j'ai énoncées dans ma première étude. Comme j'en ai déjà exprimé la pensée, ces faits ont une portée considérable, pour permettre d'affirmer que la colonisation de l'Algérie semble sûre et ferme. Mais qu'on ne s'y trompe pas et qu'on ne se laisse pas séduire par un mirage qui pourrait conduire

à se briser sur de redoutables écueils ; je répète, une fois encore, ce que je crois la vérité et ce que j'ai souvent formulé : tant qu'on n'aura pas fait disparaître totalement les marais, l'Algérie n'aura pas une prospérité complète. Elle aura toujours un grand nombre de malades, que la médecine arrachera plusieurs fois à la mort ; mais qui, de rechute en rechute, finiront par se heurter à des accidents pernicieux, ou par aboutir à la cachexie palustre, bien que cette dernière issue fatale soit devenue infiniment moins commune, depuis que l'on combat vite et énergiquement les premières atteintes du mal.

Ma conviction à ce sujet était faite, il y a un demi-siècle, et elle est restée invariable ; aujourd'hui encore je crois que j'étais dans le vrai lorsque, en 1834, au moment même où je travaillais de mon mieux à éclairer la question des fièvres de l'Algérie, je disais tout haut dans mon entourage : « Je ne guéris pas les malades ; je les empêche de mourir. » En vérité, nous ne pouvions aller au-delà. Comment, en effet, avoir des prétentions plus élevées, alors que nos soldats et nos colons, à peine remis de leurs accès, étaient de nouveau plongés dans la malaria ? Qu'auraient même pu, contre cette terrible et permanente influence, une meilleure alimentation et une habitation plus saine, pour des hommes que, faute de place, nous ne pouvions garder dans nos salles jusqu'à un rétablissement assez complet pour aller reprendre, sans danger d'une rechute toujours imminente, la vie des camps ou les rudes travaux de la colonisation ? Lorsque, en 1853, je soumettais au Ministre mon opinion dont, au surplus, il n'a tenu aucun compte, sur le danger que le lac Fezzara faisait courir à la ville de Bône, l'ensemble du territoire de cette localité ne me donnait que trop raison ; car, sur une superficie de 54,405 hectares, 17,220 étaient couverts d'eau ; 18,600 constitués par des terrains insalubres ; 14,580 seulement, propres à la culture. (Rapport du sous-préfet Calendini).

De grands travaux, je le sais, ont largement amélioré cette situation géographique ; et, en première ligne, je place le dessèchement, à peu près complet, du lac Fezzara ; mais cela ne suffit pas. Il faut non seulement procéder, dans toute l'Algérie, à la disparition des marais ; mais on doit aussi maîtriser les rivières, de telle sorte que leurs eaux ne croupissent plus pendant les chaleurs, et ne s'épandent pas dans les plaines et les prairies, pendant la saison des pluies. C'est à ce prix, à ce prix seul, qu'on pourra retirer de l'Algérie les immenses richesses qu'elle porte dans son sein. *Delenda est Carthago*, disait le vieux Caton, dans sa haine contre la rivale de Rome ; moi, dans mon ardent désir d'être utile à l'Algérie, je dis : *Delendœ paludes* ! Cette immense opération accomplie, notre grande colonie sera une des contrées les plus salubres du monde entier ; car elle n'a pas, comme les Indes, l'imminence toujours présente du choléra ; comme les Antilles, la constante menace de la fièvre jaune ; elle n'a même pas ces affections spéciales à certains pays chauds, et auxquelles beaucoup de praticiens donnent, à tort ou à raison, le nom de climatites. A l'œuvre donc ! *Sursum corda !*

MON DERNIER MOT

sur les Fièvres de l'Algérie (1)

Avant de me confiner dans le repos absolu, auquel me convient mon grand âge et la stupéfiante perturbation des sciences médicales, j'éprouve, une fois encore, le désir de fixer sur le papier quelques souvenirs bien lointains déjà, il est vrai, mais qui cependant se rattachent directement à la question, toujours ouverte, des fièvres de l'Algérie, à cet objet constant de mes études et de mes préoccupations pour l'armée. Je regarde aussi comme un devoir, *ante mortem*, de faire ressortir que c'est presque exclusivement aux médecins modernes des armées de terre et de mer, ces chevaliers errants de la science et de l'humanité, que reviennent le mérite et l'honneur d'avoir éclairé d'un jour si vif un sujet de premier ordre, qui jusqu'à eux était resté tout à fait incompris. Mon assertion est incontestable ; rien de plus facile à prouver. Qu'on lise, en effet, les classiques qui faisaient foi, dans le premier tiers de ce siècle ; les *Fièvres* de Chomel, de 1821, les diverses éditions de la *Nosographie* de Pinel, le *Traité des fièvres pernicieuses* d'Alibert, et l'on aura ainsi, comme je crois l'avoir déjà exprimé, la quintessence de l'enseignement officiel à cette époque. Puis, que l'on mette en regard les recherches de Boudin, d'Haspel, de Dutroulau, de Colin, de Béranger-Féraud, de Mahé, de Laveran, l'esprit restera confondu en constatant l'incompétence négative des premiers, d'une part, et la profonde investigation, l'heureuse fécondité

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 30 septembre 1884.

des seconds, d'autre part. On comprendra très bien le sentiment de réserve qui m'a engagé à ne pas inscrire mon nom parmi ceux que je viens de citer ; mais, comme il est infiniment probable que c'est pour la dernière fois que je laisserai ma plume octogénaire écrire quelques lignes destinées à la publicité, je demande la permission de dire combien je me trouve honoré de constater qu'après bien des controverses, mes savants successeurs ont fait entrer dans le domaine scientifique les principales des propositions que, de 1834 à 1836, j'avais posées et développées sur le traitement des fièvres, dans les pays chauds et marécageux.

On sait, par de nombreux ouvrages de médecine, toutes les calamités qui ont assailli nos troupes, à leur arrivée en Afrique ; je n'ai donc pas à m'en occuper. Mais, pour bien faire comprendre la situation, il n'est pas sans intérêt de constater combien, en dehors des données purement scientifiques, la population s'était émue devant une mortalité que l'histoire, de son côté, s'est chargée de nous transmettre, et dont je trouve un exemple saisissant dans un ouvrage qui vient de paraître sous le titre de : *Trente-deux ans à travers l'Islam*, et que l'on doit à M. le consul général Roches, ancien interprète de l'armée d'Afrique et qui, en cette qualité, faisait partie de la colonne chargée, en 1841, de ravitailler la garnison de Milianah. « Onze cents » hommes valides, dit-il, furent laissés le 10 juin 1840 » à Milianah... Au 15 octobre, il n'y en avait plus que » 300, qui portaient la mort dans leur sein. Au » 1er janvier 1841, il n'en restait que 80 ; ainsi, plus » de 1,000 hommes sur 1,100 périrent en moins de » six mois. » (T. 1er, p. 424).

On ne peut se soustraire au désir qui, en pareille occurence, devient une obligation professionnelle, de s'expliquer ce lugubre drame ; et l'on arrive vite à reconnaître que ce ne sont ni des maladies obsidionales, ni des maladies de misère, ni les fatigues, ni les

privations qui ont pu, en 113 jours, et dès le début du blocus, faire mourir 800 hommes sur 1,100. Bien certainement, étant donnée la nature du pays dans lequel ces troupes expéditionnaient depuis plusieurs mois, il faut y voir l'influence de l'élément palustre, ce facteur, toujours le même, des terribles affections qui nous ont enlevé tant de monde en Morée et en Algérie ; on pourrait même ajouter : dans nos colonies lointaines.

J'ai essayé de me procurer des renseignements médicaux, pour éclaircir ce lamentable épisode de Milianah ; mais je n'ai pas été assez heureux pour en rencontrer, malgré les sources officielles où il m'a été donné de puiser ; ce qui m'autorise à penser qu'il n'en existe nulle part. Il faut donc s'en rapporter au raisonnement et analyser des faits analogues, pour en déduire des conséquences pratiques et applicables au fait actuel. Je ne mets en doute ni le savoir, ni l'expérience des médecins attachés à cette expédition ; mais je crois que le plus grand nombre de malades atteints si subitement aura immédiatement épuisé la provision réglementaire de sulfate de quinine ; et la clinique aura été ainsi complètement désarmée. Nous avons connu cette triste situation à Alger même, en 1832 et en 1833, à une époque où les relations avec la France, se faisant encore presque exclusivement par les bâtiments à voiles, étaient assez rares et irrégulières. Nous n'avions même pas l'outillage nécessaire pour pulvériser les écorces de quinquina ; on était réduit à les concasser, pour en faire une décoction que l'on administrait aux malades dans de petites fioles portant l'étiquette fallacieuse de potion fébrifuge. Cette même cause, la *pénurie du sulfate de quinine*, paraît avoir eu aussi une large part dans la catastrophe de l'île Maurice, dont j'ai parlé dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 mai 1883 : 40,000 morts, en 1867, sur une population de 360,000 âmes. L'un des médecins les plus distingués du pays, M. Pellereau, à qui nous devons le meilleur travail sur la nature paludéenne de ces fièvres,

dont l'origine et le caractère avaient d'abord été méconnus, a eu l'obligeance de me remettre une note que je m'empresse de faire connaître comme un document précieux, en faveur de mon opinion sur les maladies de Milianah. « La mortalité fut occasionnée non seulement par le développement de miasmes abondants, et d'une excessive intensité ; mais encore et surtout par un manque déplorable de sulfate de quinine. Cet alcaloïde fit défaut au moment même où l'épidémie était à son apogée, et où une malheureuse population se débattait sous sa fatale étreinte. La petite quantité qui se trouvait dans les pharmacies de l'île fut vendue à un prix exorbitant, jusqu'à 1,500 francs le flacon de 30 grammes. Lorsqu'il n'en resta plus, il fallut s'adresser aux pays environnants. Puis, cette dernière ressource épuisée, nous trouvant sans armes et sans défense contre la plus meurtrière des épidémies, on dut recourir à des médicaments reconnus, aujourd'hui, tout à fait inutiles, tels que : arsenic, goudron, acide phénique, etc., etc. et, de plus, à des plantes indigènes dont les résultats furent également nuls. »

Je n'ai pas besoin de dire combien, en face d'un ennemi si redoutable dont nos maîtres, dans leurs leçons et dans leurs livres, ne nous avaient à peu près rien appris, nous avons tous dû faire d'efforts et de tentatives pour paralyser ses coups. Ces efforts et ces tentatives ont porté, principalement, *sur les fièvres paludéennes à type continu, sur les accidents consécutifs du paludisme, sur l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses.* Des circonstances particulières m'avaient préparé à aborder avec résolution le premier point de cette étude ; je venais d'assister à des épidémies de fièvres intermittentes endémiques à Ajaccio et à Alger, lorsque je fus envoyé à Bône, en pleine station marécageuse, sous un ciel brûlant ; c'était me conduire tout droit à la connaissance des fièvres auxquelles,

pour bien mettre en garde les praticiens contre leur marche insidieuse, j'ai cru devoir donner le nom de *pseudo-continues*.

Je n'ai ni le désir, ni la volonté, ni le besoin de revenir sur les attaques bien regrettables, au point de vue de la conservation des hommes, dont mes recherches ont été le point de mire. Je remets à l'argumentation que Littré a inscrite en tête des *Epidémies d'Hippocrate*, le soin de faire priser à sa valeur le rôle qui me revient dans la détermination des fièvres continues des pays chauds et marécageux. J'ajoute que je regarde aussi comme une grande force et comme un insigne honneur pour moi, de pouvoir joindre à cet important témoignage celui, non moins imposant, de l'éminent professeur Verneuil qui, 40 ans après Littré, date pour date, fit ressortir au Congrès scientifique d'Alger en 1881 la portée de ces mêmes travaux, et leur donna un retentissement auquel je n'avais jamais eu l'ambition d'aspirer. Il y a loin de la haute sanction de ces grands esprits à la résistance opiniâtre qu'a rencontrée sur son chemin une méthode universellement adoptée maintenant. Dès le début, elle s'était cependant affirmée par des succès faciles à contrôler, à vérifier par l'expérimentation, qu'elle appelait et provoquait avec confiance, parce qu'elle savait qu'elle reposait sur un grand nombre de faits, concordant tous entre eux pour attester sa puissance.

La symptomatologie des *accidents consécutifs* était trop bien connue, trop minutieusement décrite, pour que nous ayons eu à la modifier en rien. Mais il n'en a pas été de même pour la théorie de leur genèse. Au début de notre séjour en Afrique, on était généralement encore dans la croyance qu'ils étaient dus à l'action des préparations de quinquina et à leur emploi prématuré ; d'où le double précepte de prescrire le sulfate de quinine en petite quantité (20 à 40 centigrammes dans la journée), et de n'y recourir

que vers le septième ou huitième accès de fièvre. Le *Recueil des mémoires de médecine militaire* reproduit en 1833 ces mêmes conseils, en publiant des travaux dus à des médecins de l'Algérie, qu'il donne comme devant servir de guides aux praticiens. Entraîné par la marche des maladies de Bône, ce foyer pestilentiel, je dus bien vite m'éloigner de la voie qui nous était tracée, et prescrire avec succès le sulfate de quinine à des prises très élevées ; ce qui me permit d'écrire, dans un *Mémoire sur les fièvres intermittentes du nord de l'Afrique* lu le 30 mai 1835 à l'Académie de Médecine, ce qui suit : « Par l'emploi de cette médication, nous avons aussi décidé, je crois, un grand fait ; c'est que, loin de déterminer des engorgements des viscères abdominaux, des hydropisies, des diarrhées, etc., le sulfate de quinine les prévient, en s'opposant au retour des accès. C'est, il n'en faut pas douter, la répétition des accès que l'on doit accuser seule de ces accidents consécutifs qui, à la fin des épidémies de fièvres intermittentes, viennent enlever les malades que les accès pernicieux avaient épargnés. »

Ce que j'exprimais se fondait sur des faits authentiques et consignés dans un de mes rapports aux officiers de santé en chef de l'armée, en date du 11 janvier 1835 : « Au premier du mois, disais-je, il me reste 208 hommes qui ne me donneront, selon toute probabilité, qu'une très faible mortalité, eu égard surtout à la fin d'une épidémie aussi longue. Vous jugerez facilement, Messieurs, combien j'ai peu d'affections chroniques dans mon service, puisque, bien qu'ayant reçu 236 entrants dans la dernière dizaine de décembre, j'ai pu réduire, par mes sorties, à 208 mon mouvement qui, le 21 décembre, s'élevait à 344. » Ce m'est une bonne fortune inespérée de pouvoir mettre, en regard de ces documents, ce que raconte l'un de mes antagonistes les plus décidés, M. Casimir Broussais, de ce qu'il a trouvé, dans les hôpitaux, en arrivant à Alger, au mois de décembre 1844 : « Une

» grande quantité de corps chétifs, épuisés, languis-
» sants ; une foule de pauvres malades ruinés par la
» diarrhée ou la dysenterie chronique, et enflés par
» l'hydropisie. » (*Recueil des mémoires de médecine militaire*, t. LX, p. 45).

Quel contraste ! J'en accuse, sans hésitation aucune, l'incohérence et l'insuffisance des méthodes thérapeutiques, contre lesquelles j'avais cependant, depuis dix ans déjà, si hardiment réagi sans avoir été assez heureux pour entraîner, du premier coup, toutes les convictions. Si M. Casimir Broussais était venu à Bône en 1834, comme il a été à Alger en 1844, il aurait pu, sans sortir de l'enceinte de notre hôpital, voir d'une manière saisissante ce double tableau : d'une part, le mouvement général de mon service, exposé dans mon rapport précité, et dont le double, par le même courrier, avait été adressé au Conseil de santé ; d'autre part, il aurait facilement constaté que, dans les diverses divisions de fiévreux, les résultats étaient en raison directe de l'empressement que l'on avait mis à suivre mon exemple ; de telle sorte que dans l'une d'elles, celle de son frère, où la doctrine physiologique battait son plein, il eût facilement chargé sa palette de couleurs aussi sombres que celles sous lesquelles il a rendu les impressions qu'il a ressenties, en mettant le pied dans les salles de l'hôpital du Dey.

Raconterai-je maintenant comment, avant les critiques de médecins mal inspirés, j'avais eu déjà à subir celles tout aussi imméritées de la part du public ? L'aventure ne manque pas de piquant. Dès l'origine de mes tentatives, il y avait un *tolle* général contre moi, dans la population civile tout comme dans la garnison. De jeunes officiers, pour se soustraire à ma médication, s'étaient organisé un dispensaire sous la direction d'un aide-major du 59e de ligne, assez instruit, assez intelligent, orateur d'estaminet. Leur algarade, du reste, ne dura que quelques semaines ;

ces dissidents ne tardèrent pas à déserter, d'un commun accord, leur hôpital interlope pour venir s'abriter dans nos salles et nous demander des soins, dont l'expérience avait promptement démontré l'efficacité.

Cette malheureuse croisade contre le *sulfate de quinine* à haute dose était si universelle dans l'armée, que le duc d'Orléans, lui-même, cet homme si intelligent et si bienveillant, cédant à l'entraînement général, a écrit que, lors de l'expédition de Constantine en 1836, *des ballots entiers de ce poison avaient été avalés en quelques jours dans les régiments, transformés en infirmeries.* (*Campagnes de l'armée d'Afrique*, 1835-1839, par le duc d'Orléans, p. 195) ; publication faite par ses fils en 1870. Voilà des expressions bien malheureuses, dépassant de beaucoup le droit de la critique ; car, présentées dans une acception rigoureuse, sans que rien ne les atténue, elles transforment tout simplement en empoisonneurs publics des médecins instruits, actifs, dévoués, exposés à tous les dangers, à toutes les misères du soldat, comme le démontre si bien elle-même cette terrible campagne, dont la relation princière est un modèle de style et de haute appréciation dans les choses du commandement et de l'administration, mais non dans celles de la médecine. Ce n'est pas que je m'émeuve outre mesure de cette accusation ; je la revendique même pour moi seul, attendu que je suis le plus grand coupable ; car ce qui est si fortement incriminé ici n'était que l'application de la méthode que j'avais créée en 1834, dans cette même contrée, et dont l'extension a fini par dompter, tout le monde le reconnaît aujourd'hui, le grand mal qui dévorait l'armée et les colons.

APPENDICE

à mon dernier mot sur les Fièvres de l'Algérie (1)

I

J'avais quitté l'Algérie en 1835, confiant que mon exemple servirait de leçon, et que l'application de mes préceptes venant confirmer mes déclarations, ma méthode thérapeutique s'élancerait comme une fusée sur toute la contrée. J'avoue très humblement que je m'étais trompé et, au moment même où je m'endormais dans la joie du triomphe, je fus douloureusement réveillé par des coups, non d'épée, mais d'épingle, qui s'enfoncèrent un peu au-delà de l'épiderme. Je me redressai donc, mais par dignité professionnelle je n'ai pas donné à ma défense toute la force, toute l'étendue, toute l'énergie qu'elle réclamait. Aurais-je été mieux inspiré en adoptant une polémique plus vive, plus acérée ? Peut-être. Mais je n'avais aucune crainte sur le résultat final ; j'étais certain du succès tant j'avais de mon côté la vérité, le raisonnement et la démonstration clinique des faits que j'avançais. Il était indubitable pour moi que, malgré tout, mon œuvre ferait son chemin, sans avoir de nouveau besoin de mon concours, et qu'elle saurait bien seule prendre le rang qui lui revenait dans la science et dans l'opinion publique. Je cessai donc, depuis 1847, de prendre part à la lutte ; mais chaque jour je constatais que mes prévisions se réalisaient, et mes espérances furent de beaucoup dépassées dans la séance où le Congrès

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 11 novembre 1884.

d'Alger, en 1881, honora mes travaux de sa haute sanction et les signala comme un grand bienfait rendu au pays : manifestation éclatante, qui me valut le grand honneur de voir donner mon nom à une rue d'Alger, à un village du département, à une rue de Bône.

La première attaque m'est venue, en 1838, de la part d'un médecin qui aurait dû être le dernier à me l'adresser, M. Worms (1) ; celui-ci était l'un des trois praticiens tout à fait dévoyés, dont parle M. l'inspecteur Hutin dans sa relation de l'épidémie de Bône en 1833, et qui sur 6,704 entrants avaient eu 1,526 morts.

Lorsque j'arrivai à Bône, au commencement de 1834, on n'avait pas compris la nature insidieuse des formes les plus redoutables des fièvres d'Afrique, les pseudo-continues et les algides ; quant aux intermittentes et rémittentes franchement exprimées, on les traitait par le sulfate de quinine à la dose de 2 à 4 décigrammes ; l'on n'en donnait pas un atome dans les fièvres continues. Mais je dois dire que l'esprit vif et pénétrant de M. Worms lui avait bien vite fait saisir ma pensée, et qu'il était préparé à adopter ma méthode dès le début de l'épidémie, et qu'il en obtint des résultats à peu près identiques aux miens.

Après mon départ de Bône il apporta à la thérapeutique que je lui avais apprise, une modification qu'il annonça comme un grand progrès. Celle-ci eut effectivement une certaine vogue pendant quelques années ; mais, d'après M. Laveran (1884), elle serait tombée en désuétude ; je veux parler de la substitution des vomitifs aux déplétions sanguines, si longtemps chères aux élèves du Val-de-Grâce. Il était dans ces conditions d'esprit et de savoir, lorsqu'il fut appelé aux hôpitaux d'Alger où, le premier, il introduisit l'administration du sulfate à hautes doses, telle que je l'avais instituée. Ce fut une grande surprise, une véritable révélation

(1) *Exposé des conditions d'hygiène et de traitement propres à diminuer la mortalité dans l'armée d'Afrique.* Paris, 1838.

qui eut un grand retentissement, m'a dit plusieurs fois mon très honoré et savant ami, M. Bonnafont, témoin du fait, et à qui nous devons une fort intéressante relation des principaux évènements survenus en Algérie, pendant le séjour de 12 ans qu'il y a fait. Ce qui n'a pas empêché M. Worms d'écrire que, en arrivant à Bône en 1834, je leur avais « apporté la méthode de traitement qui, adoptée alors par MM. Antonini et Monard frères, lesquels sont sous tous les rapports les premiers médecins de cette ville (Alger), y est encore aujourd'hui (1838) à fort peu de chose près, restée la même. »

Puisque l'occasion s'en présente si naturellement, je veux en finir avec ce racontar qui pourrait facilement devenir une légende. Je ne me donnerai pas la peine de fournir des développements scientifiques à cette question sur laquelle j'ai déjà eu à m'expliquer. Je me contenterai d'écraser, d'un seul mot, l'énonciation bien étrange de M. Worms ; ce mot ne m'appartient même pas ; je le trouve dans le discours prononcé le 15 décembre 1881, par M. le professeur George, dans la séance officielle de rentrée de l'Institut supérieur algérien, où il dit en parlant de son enfance, contemporaine de l'occupation : « J'étais bien jeune ; mais je vois, j'entends » encore un frère et une sœur chéris, atteints de fièvre » intermittente criant, dans l'intervalle des accès : *j'ai* » *faim !* et mourant l'un et l'autre à dix jours d'inter- » valle, victimes d'une théorie heureusement renversée » par mon vénérable maître Maillot. » Eh bien ! ces deux enfants étaient soignés, en 1833, par MM. Antonini et Monard frères, qui agissaient en vertu de principes que j'ai pu partager avec eux à cette époque, mais que l'année suivante j'avais complètement répudiés pour en formuler de tout opposés. Aussi, je me crois en droit de reprocher une double ingratitude à M. Worms ; l'une envers son éducateur, l'autre envers une méthode qui lui avait permis, en 1834, de sauver autant d'hommes que sa désolante thérapeutique en avait

laissé mourir en 1833 ; qui lui avait donné en 1834, 1 décès sur 20 sortants, au lieu de 1 sur 3 1/2, comme en 1833 ; ce qui ne lui a inspiré que cette phrase d'une désinvolture charmante : « Je vis M. Maillot » réussir plus qu'on ne l'avait fait jusque là ; je suivis » son exemple et je n'eus pas à m'en repentir. »

La démonstration est complète ; mais comme je ne saurais amasser trop de preuves en faveur d'un fait capital où se trouvent engagés l'honneur de mon renom scientifique et, ce qui est bien autrement grave, la grande question de la thérapeutique algérienne et de ses diverses phases, je n'hésite pas, — et je le fais avec un sentiment d'orgueil bien pardonnable, je crois, — à citer quelques lignes que j'extrais de trois lettres qui m'ont été adressées, les 9, 20 et 30 octobre dernier, par MM. les médecins inspecteurs Quesnoy, Védrènes et Guery, auxquels j'avais envoyé ma brochure intitulée : *Mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie*, extraite de la *Gazette des Hôpitaux* du 30 mars 1884.

Le premier, qui a expéditionné en Afrique pendant une douzaine d'années m'écrit, de Nemours (Seine-et-Marne) : « Comme vous faites bien d'insister sur la » part exclusive que vous avez prise dans les modifi- » cations heureuses apportées au traitement des fièvres » paludéennes ! Sans vous, le séjour dans notre colonie » était impossible. A mes débuts dans la carrière, en » 1840, j'ai vu les résultats du traitement appliqué » encore par les très consciencieux, mais trop retarda- » taires frères Monard ; plus tard j'ai habité Bône, et » je pouvais déjà comparer. »

Le second, actuellement directeur du service de santé du 19e Corps, m'écrit d'Alger : « Le rôle qui » vous revient dans la détermination des fièvres » continues des pays chauds et marécageux et de leur » traitement logique, ainsi que le mérite d'avoir institué » la médication quinique en Algérie, ne peuvent vous » être contestés. »

Le troisième que, d'après une conversation antérieure,

j'avais pensé avoir vu à l'œuvre MM. Antonini et Monard, me dit dans sa lettre, datée de Versailles : « Je me serai mal exprimé lorsque j'ai eu la bonne fortune de vous voir ; si dans notre conversation j'ai rappelé la doctrine et la pratique des premiers médecins de l'Algérie, notamment de M. Antonini, à qui sa position donnait tant d'autorité, des frères Monard, dont tant de générations de sous-aides ont exécuté les sanglantes prescriptions et souffert de leur rigide sévérité, tout en rendant justice à leur caractère, c'est que tout cela était légendaire et bien connu de tous ; mais je n'ai pas été témoin. Lorsque plus tard, à un moment déjà avancé de ma carrière, je suis venu en Algérie, à Sétif, Bône, Philippeville, la voie que vous aviez si magistralement tracée était suivie par tous, maîtres et élèves. Plus tard encore, quand j'ai parcouru comme inspecteur toute l'Algérie, je n'ai pas trouvé une seule exception à la règle si bien édictée par vous... La vérité s'est imposée à tous, et vos contemporains ont glorieusement inscrit votre nom parmi ceux des bienfaiteurs de l'humanité ; jouissez en paix de votre œuvre sans renoncer, toutefois, à la grandir encore de mille preuves que vous n'avez pas dites. »

Enfin le jour même, 31 octobre, où je recevais la lettre de M. l'inspecteur Guery, le courrier d'Alger m'en apportait une de M. le docteur Battarel, médecin de l'hôpital civil d'Alger-Mustapha, m'annonçant officiellement que le corps médical de ce grand établissement venait de donner le nom de Maillot, à l'une des salles neuves de médecine. « Vous êtes, Monsieur, dit-il, un de ces hommes éminents que l'on peut même de leur vivant honorer comme un ancêtre. Nos nombreux fiévreux apprendront ainsi à connaître et à vénérer le nom de celui qui a sauvé tant de malheureux soldats et colons de la cachexie et de la mort. »

M. le médecin-major Gassaud se charge de rouvrir le feu contre moi, en 1840, dans le XLVIIIe volume du

Recueil des mémoires de médecine militaire, où il dit : « Je sais que quelques médecins de l'armée d'Afrique ont employé ce sel à des doses énormes. Je n'oserais pas imiter cet exemple. J'y serais d'autant moins porté maintenant que j'ai pu apprécier les succès qu'on se glorifiait d'avoir obtenus. Beaucoup d'hommes figurant au nombre des guéris sur les cahiers de visites de l'hôpital militaire de Bône, sont venus mourir aux hôpitaux d'Alger avec des colites ulcéreuses occasionnées sans doute par le sulfate de quinine pris en trop grande quantité ; c'est ce qui résulte des diverses autopsies faites en ma présence par MM. Maillefer et Dufour, sous-aides, attachés en 1834 à l'hôpital de la Salpétrière d'Alger. En me résumant, je dirai que le sulfate de quinine est un remède héroïque, spécifique même, mais qu'il ne faut pas en exagérer les doses. On arrêtera aussi bien un accès pernicieux avec un gramme 1/2 de sulfate de quinine qu'avec trois, quatre ou cinq grammes ; bien mieux, on guérira sans craindre de faire succéder à la maladie qu'on voulait détruire une affection encore plus grave. Ce que j'avance est le fruit d'une longue pratique, en Espagne, en Corse, en Grèce et en Afrique où j'ai eu l'occasion de soigner des milliers d'hommes atteints de ces pyrexies. »

Voilà l'attaque ; voici la réponse. Le premier tort de M. Gassaud est de n'avoir pas demandé à ces évacués, dont il parle, de quel service de Bône ils sortaient, comme je le lui ai fait observer une vingtaine d'années après à Bordeaux, où je l'inspectais ; il aurait su alors qu'aucun d'eux n'avait été traité dans mes salles, mais qu'ils provenaient de divisions où l'on pratiquait précisément la médication qui lui tenait tant au cœur. On dirait presque que j'avais pressenti que j'aurais à me défendre un jour contre les critiques injustes ou aveugles et que, bien résolu à faire un travail sérieux et inattaquable, je m'étais décidé à conserver presque tous mes malades que je croyais, du reste, au moins tout aussi bien entre mes mains qu'à Alger.

Avant d'aller plus loin, je tiens à dire que, après avoir connu les assertions de M. Gassaud, j'adressais immédiatement ma protestation au Conseil de santé, qui crut devoir en atténuer certains termes, tout en la faisant insérer dans le tome XLIXe du même recueil, et en disant qu'il « se plaît à témoigner hautement de la haute estime qu'il a pour M. Maillot, dont il a toujours su apprécier la science et la bonne foi, non moins que la modestie et le zéle. »

II (1)

Dans ma lettre au Conseil qui accompagnait ma réponse à M. Gassaud, je disais : « J'avais apporté la plus grande sévérité dans le service de ces espèces d'évacuations qui sont, pour l'armée d'Afrique, une nécessité comme pour nos autres colonies ; et, parmi les réformes que j'ai introduites à l'hôpital de Bône, cette sévérité n'a pas été la moins féconde en résultats heureux. C'est antérieurement à mon arrivée, je le dis une fois pour toutes, que de Bône on dirigeait sur Toulon et sur Marseille des malades dans un état tel que, dans une seule traversée, 21 de ces malheureux succombèrent sur le *Marengo*. C'est là une calamité que j'ai fait cesser en 1834, en donnant à ces évacuations leur véritable destination, qui était d'envoyer momentanément en France les hommes qui avaient été trop fortement éprouvés par le climat, ceux dont les fièvres récidivaient à chaque instant. Les registres des lazarets et des hôpitaux de Marseille et de Toulon en font foi ; il était si facile de s'en convaincre. »

De ces données et de la nécessité de conduire, à travers la ville et à pied, ces malades de l'hôpital au port d'embarquement, je me crois fondé à conclure qu'ils n'étaient ni si faibles, ni si gravement atteints

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 17 novembre 1884.

que le dit M. Gassaud. On les envoyait à Alger parce que là il y avait un service de transports directs pour la France ; ce qui n'existait pas à Bône. Que pendant leur séjour momentané à l'hôpital d'Alger ils aient eu des rechutes, rien de plus ordinaire ; qu'on les ait soignés avec des doses puérilement ridicules de sulfate de quinine, incapables d'enrayer immédiatement les accès, je n'en doute pas ; que des accidents pernicieux se soient terminés par la mort, je le comprends sans peine quand, par crainte d'ulcérations intestinales, on fixe, comme M. Gassaud, à 1 gr. 50 le maximum du fébrifuge, si puissant lorsqu'il est bien administré.

Pour en avoir fini avec M. Gassaud, il ne me reste plus qu'un mot à dire sur les témoignages de MM. Maillefer et Dufour, qu'il invoque à l'appui de ses investigations cadavériques. Le premier vint nous rejoindre à Bône, pendant que notre épidémie était à son apogée ; il est même du nombre des sous-aides que, dans *l'avertissement* de mon *traité des fièvres intermittentes*, j'ai signalés pour leur dévouement et comme appartenant aux jeunes gens d'avenir. Elevé à son tour, quelques années après, aux fonctions de médecin traitant en Afrique, il a appliqué dans leur rigueur les enseignements qu'il avait recueillis à ma clinique.

Quant à M. Dufour, il a soutenu sa thèse sur les maladies qu'il avait eu occasion d'observer à Bougie et à Alger, avec M. Gassaud ; à Bône, avec moi et avec mes prédécesseurs. J'ouvre cette thèse et j'y lis (p. 23) au sujet du sulfate de quinine : « Les heureux succès qu'en a obtenus M. Maillot, médecin en chef de l'hôpital en 1834, ont prouvé de la manière la plus évidente que son administration n'était pas intempestive et qu'elle réclamait une grande habileté; car, en comparant la mortalité des années précédentes avec celle de cette époque, la différence était immense et hors de toute proportion : ainsi, en 1833, on comptait à peu près 1 mort sur 3 ou 4 sortants ; en 1834, à peine en comptait-on 1 sur 20. Je vais maintenant exposer la

pratique hardie que ce médecin distingué avait osé employer et que les autres praticiens ont promptement suivie. »

Je continue à suivre l'ordre chronologique dans lequel se placent mes rudes censeurs, et je me trouve en face d'une brochure publiée en 1842 par M. Gouraud père, médecin de la succursale des Invalides, à Avignon, et intitulée : *Etude sur la fièvre intermittente, pernicieuse, dans les contrées méridionales.*

L'auteur rentrait d'Afrique ; je m'attendais donc à y trouver des choses gracieuses à mon endroit. Mais que j'étais loin de compte ! Je me heurtais, au contraire, à ce passage qu'on aura peine à croire textuel : « Nous ne connaissons pas le docteur Maillot personnellement, et nous lui croyons les meilleures intentions ; mais quand nous le voyons professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, à son retour d'Algérie, où sa méthode a dû coûter la vie à tant de nos soldats, nous ne pouvons nous contenir et nous crions au feu ! »

Et dire que j'ai, dans le temps, répondu à ces diatribes ! C'est là un de mes grands péchés de jeunesse ; je me garderai bien d'y retomber.

Je passe donc ; mais voilà que, *horresco referens* ! le chemin me conduit directement à M. Casimir Broussais, champion redoutable par sa valeur personnelle et par le grand nom dont il a hérité ; avec lequel, malgré tout, je n'ai pas hésité à entreprendre une controverse dont je n'exposerai pas tous les détails parce que ce serait une superfétation, mais dont on pourra prendre connaissance dans le *Recueil des Mémoires de Médecine militaire* pour l'année 1846, et dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1846-1847. Je me contenterai d'en rappeler le sujet en quelques lignes.

M. Broussais niait complètement les fièvres que j'ai appelées pseudo-continues ; d'où la conséquence obligée de rejeter le traitement que je leur avais assigné ; c'était dès lors provoquer le retour des calamités que

mes conseils venaient d'arrêter. Je mis fin à cette lutte en disant qu'il était inutile de la prolonger, parce que je ne pourrais pas le convaincre et que lui ne me ferait pas changer d'avis ; j'ajoutais que je m'en rapportais au temps pour décider la question. Le temps et l'expérience ont prononcé ; ils m'ont complètement donné raison. Dans ces conditions, je puis très bien me dispenser de réfuter de nouveau M. Casimir Broussais pour avoir, si témérairement et si contrairement à la vérité, avancé que j'avais été devancé par MM. Antonini et Monard frères dans la thérapeutique que j'ai formulée et donnée comme mienne. Je me contente de renvoyer à ce qui a été exposé plus haut et, de plus, j'en fais la plus stricte application à MM. Roux et Faure, auxquels mon contradicteur voudrait accorder le mérite d'avoir fait en Morée, en 1829, ce que j'ai fait quelques années après en Algérie.

J'aime à croire que, dans ces propositions d'une étrangeté renversante, il n'y a qu'une erreur ; mais l'erreur est absolue, bien qu'elle ait trouvé un ardent défenseur dans M. Lévy, cet *alter ego* de son frère d'armes dont il dit : « *Nemini flebilior quam mihi.* » Mais, malgré l'attendrissement que me donnent ces pieux souvenirs et ces regrets poétiques, malgré le dithyrambe qu'il chante en l'honneur de MM. Roux et Faure, j'ai le regret de dire que la *Relation médicale de l'armée de Morée* par le premier, est une œuvre d'une insignifiance déplorable ; et, pour ce qui a rapport au fait en litige, je ferai remarquer que, si M. Roux avait eu en Morée le moindre soupçon de l'évolution que j'ai imprimée en 1834 à l'étude des affections paludéennes, il n'eût pas en 1830, médecin en chef de l'expédition d'Alger, laissé ses collaborateurs de tous grades s'engager dans la funeste thérapeutique, dont il m'a été donné de délivrer l'Algérie.

M. Faure ne m'arrêtera pas longtemps. Je me bornerai à cette simple observation : peut-on sérieusement discuter une question de pathologie palustre avec un

homme qui affirme n'avoir jamais vu une fièvre rémittente ; n'avoir jamais observé une fièvre intermittente que l'on pût rattacher à l'influence des marais ! Et notez bien que c'est ce même médecin qui, au dire de MM. C. Broussais et Lévy, m'aurait précédé dans ma doctrine des fièvres paludéennes à type pseudo-continu ! En vérité, c'est à n'y pas croire ! et c'est le cas ou jamais de dire : Qui trompe-t-on ici ? Bien certainement ce ne sera ni moi, ni ceux qui m'ont vu à l'œuvre, ni ceux qui ont combattu avec moi. Aussi bien, j'ai hâte d'en terminer ; mais non sans faire remarquer que, dans la sixième édition (posthume) de l'*Hygiène*, de M. Lévy, on a fait disparaître les critiques qui, dans les éditions précédentes, s'attaquaient jusqu'en 1869 à une méthode déjà étendue dans toute l'Algérie depuis de longues années ; et l'on a bien agi ; car elles déparaient un livre de valeur, et elles pouvaient faire mettre en doute la perspicacité technique de l'auteur.

Dans *Mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie*, je disais que, *très probablement*, je me permettais pour la dernière fois d'adresser quelques lignes au public; J'avais d'abord écrit *certainement* ; je m'applaudis aujourd'hui de cette substitution, puisqu'elle me permet de céder au désir de quelques amis, qui ont pensé qu'il serait utile pour tous de rajeunir le souvenir des difficultés qu'avait rencontrées une méthode si simplement exposée, si claire, et d'une utilité si évidemment, si immédiatement applicable.

Mais, ce nouvel article terminé, je retourne à ma rédaction première ; la *probabilité* deviendra une *certitude*. La nouvelle génération est trop vivante, trop active, trop entreprenante, trop hardie, trop savante, pour que le dernier des élèves de Broussais, qui ose encore écrire, ne comprenne pas qu'il n'y a plus place pour lui dans les rangs de cette milice triomphante : *Te morituri salutant !*

Mais avant de mourir, je veux faire mes adieux à la presse médicale ; je tiens à la remercier des témoignages d'estime dont elle a bien voulu honorer ma longue et laborieuse carrière de médecin d'armée ; je continuerai à m'instruire, en me tenant au courant de ses travaux, et je serai toujours heureux d'applaudir à ses succès.

DE L'INFLUENCE

de la Thérapeutique et de l'Hygiène dans la décroissance de la mortalité dans la région de Bône (Algérie) (1)

Les questions hygiéniques et conservatrices de la vie humaine étant à l'ordre du jour, je me suis demandé si, possesseur de notes qui sont de nature à démontrer la puissance de l'hygiène et de la thérapeutique dans les maladies des pays chauds et marécageux, ce ne m'était pas un devoir de dire ce que l'expérience m'a appris à ce sujet. Cette étude est toute d'actualité, comme l'exprime Littré, dans le deuxième volume de sa *Traduction des Œuvres d'Hippocrate* : « Par une circonstance particulière, dit-il, les *épidémies* ont l'intérêt actuel, l'utilité présente, qui peuvent s'attacher à un livre moderne. Elles se rapportent, en effet, à un sujet encore peu connu, incomplètement étudié (les fièvres des pays chauds), sur lesquelles elles fournissent de précieux enseignements. Il se trouve de nos jours que les principales écoles de médecine ont leur siège dans des régions tempérées et même froides ; il s'est trouvé, au contraire, dans les temps anciens, que les principales écoles avaient leur siège dans des régions beaucoup plus chaudes. De cette différence de position, il est résulté que la pyrétologie des pays chauds, qui n'est entrée dans l'enseignement des premières que d'une manière incomplète et par le fait des médecins voyageurs, a constitué le fond même de l'enseignement des secondes. Le livre d'Hippocrate

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 11 octobre 1887.

conserverait toujours un haut rang dans la littérature médicale, à cause de l'esprit supérieur avec lequel cet écrivain observe et décrit ; mais la pénurie des modernes sur ce sujet en fait, de plus, un livre immédiatement utile à tous ceux qui ont à pratiquer la médecine dans les pays chauds. » Que de justesse dans ces remarques de Littré, et combien ses paroles ont encore plus de poids et d'actualité de nos jours, au moment où nous avons presque doublé l'étendue de nos colonies, dans des contrées où l'on a tant à se défendre contre les attaques du paludisme porté à un si haut degré !

J'ai réuni, sur le pays de Bône, des documents que personne n'a et ne peut avoir sur aucun des grands centres de l'Algérie, les plus renommés par les désastres qui ont accablé notre armée dans les premières années de l'occupation. Cela me permet aujourd'hui d'exposer les phases par lesquelles a passé notre état sanitaire dans ce point de nos possessions africaines, où je me cantonne exclusivement, en raison précisément des matériaux que j'ai entre les mains, Je vais donner ainsi l'espérance, sinon la certitude, que l'on pourra arriver à obtenir partout les résultats que je vais signaler, en procédant comme il a été fait dans cette localité, qui primitivement a été le théâtre de revers médicaux tels qu'ils ont fait mettre en doute la possibilité de conserver l'Algérie.

Il me suffit de poser deux dates pour démontrer quelle a été, dans cette région si éprouvée, la puissance de la thérapeutique et de l'hygiène :

En 1833, sur 5,500 hommes de garnison, on a 6,704 malades et 1,526 morts.

En 1884, sur 1,826 hommes de garnison, on a 736 malades et 8 morts.

Voilà des chiffres bien curieux, bien surprenants, par leur contraste. Personne, au surplus, n'aura un étonnement plus grand que celui qu'ils m'ont donné : 8 décès dans un an, à Bône, la ville sépulcrale de 1833 !

On est arrivé à ce résultat progressivement, mais non sans hésitation, sans chocs en retour, sur lesquels nous aurons à nous expliquer. Et d'abord, établissons bien le point de départ pour nous rendre compte exactement des causes qui ont amené cette heureuse transformation.

En 1833, on n'avait encore sur les maladies paludéennes que des données bien vagues, que les médecins de cette époque puisaient dans les livres classiques et dans les enseignements scolaires qui étaient, je ne crains pas de le dire, tout à fait insuffisants et incompétents. Elevé dans les idées de ce temps, je ne commençai à soupçonner qu'il y avait bien des inconnues dans l'histoire des fièvres intermittentes, telle qu'on nous l'avait apprise, qu'après avoir vu ces maladies en Corse et dans les hôpitaux d'Alger. J'étais dans cette disposition d'esprit lorsque, en 1834, je fus envoyé à Bône où je trouvais des affections plus graves, plus meurtrières que celles que j'avais observées jusque là. Mes doutes se dissipèrent, mes hésitations prirent fin, et je m'engageai, à pleines voiles, dans la doctrine que j'instituai et qui, après bien des obstacles, bien des luttes, a fini par devenir universelle en Algérie. Dès cette première année, la mortalité a passé à 1 mort sur 20, au lieu de 1 sur 4, comme en 1833 ; et encore, dans mon service, à 1 sur 27 ; à 1 sur 25 dans celui d'un de mes adjoints, M. Worms, qui avait adopté de suite mes idées. Mais la mortalité considérable qui s'était produite dans le service de plusieurs médecins, que je n'avais pu décider à suivre mon exemple, la fit baisser à 1 sur 20 ; ce qui, au surplus, suffirait bien pour faire ressortir l'importance de l'évolution que je venais d'imprimer à la thérapeutique des fièvres palustres.

Il s'agissait, après cette grande épreuve, de savoir ce que l'avenir réservait à cette tentative hardie. En 1835, on a 1 mort sur 24 malades ; en 1836, on a 1 sur 20, comme en 1834. Mais en 1837 et en 1838, la scène

change, et voilà un des grands écarts qui sont venus, à plusieurs reprises, contrarier nos prévisions : en 1837, on compte 1 mort sur 8 ; en 1838, 1 sur 14. Pourquoi ? parce que, en 1837, pour la seconde expédition de Constantine, on a dû renforcer le Corps d'armée, le porter à 4 brigades, en faisant venir de France de nombreuses troupes, entre autres le 26e de ligne et le 12e. Ce dernier apportait le choléra dans ses rangs. Ces régiments, étrangers au climat, sont lancés sans préparation aucune, en pleine saison épidémique, dans un pays brûlant, couvert de marécages ; ils ont à supporter les fatigues de la guerre, des privations, des combats, et les périls de l'assaut ; la ville prise, ils ont à construire des routes, à établir des camps, à s'y installer, pour assurer les communications entre Bône et leur nouvelle conquête. Voilà bien des causes pour expliquer un point d'arrêt dans l'amélioration qui, les années précédentes, avait donné tant d'espérances.

On fut bien dédommagé de cet échec en 1840, année qui n'envoya dans les hôpitaux que 787 hommes. Cependant, cette année-là fut une des plus désastreuses pour notre armée qui, d'après les *Etablissements français dans l'Algérie* a eu 113,871 malades, et 9,567 morts. Dans son *Histoire des commencements d'une conquête,* M. Camille Rousset rapporte que, du 1er juin au 7 novembre 1840, on a eu 4,200 morts ; qu'à cette dernière date, il y avait près de 15,000 malades dans les hôpitaux, l'effectif de l'armée étant de 71,703 hommes. L'immunité de la garnison de Bône est due à ce qu'elle n'a pris aucune part aux opérations de guerre incessantes, qui ont tenu constamment en haleine les troupes des provinces d'Alger et d'Oran. C'est aussi dans cette même année que s'est déroulé le sombre drame de Miliana, dont j'ai donné les chiffres obituaires dans la *Gazette des Hôpitaux* du 30 septembre 1884. Dans l'intérêt de la science, de la vérité et de l'humanité, je dois dégager la responsabilité de ma thérapeutique, dans ces cruels évènements. A cette époque

encore, par je ne sais quelle aberration d'esprit, de bien regrettables attaques avaient empêché sa propagation ; elle n'était guère appliquée que par les médecins qui l'avaient étudiée dans mes salles, ou qui avaient été en rapport avec les jeunes collaborateurs ayant servi sous ma direction.

Le second grand écart, dans la morbidité plus que dans la léthalité de Bône, est celui dont j'ai déjà parlé dans la *Gazette des Hôpitaux*, 22 mars 1884. J'ai fait connaître alors qu'il était dû à ce qu'on avait laissé s'envaser et s'encombrer les canaux creusés par le génie militaire dans la plaine voisine de Bône, pour la drainer et conduire à la mer les eaux provenant des pluies torrentielles de l'automne et de l'hiver. Cette négligence sema cette plaine d'effondrements marécageux ; de nombreuses maladies ne tardèrent pas à sévir sur la population civile tout comme sur la troupe ; mais elles furent assez bénignes car, si celle-ci eut 10,667 malades, elle n'eut que 1 mort sur 45 en 1852, et 1 mort sur 33, en 1853.

Ce fut là, du reste, la plus grande crise qu'eut à subir le pays ; la série des documents qui nous ont guidé jusqu'ici s'interrompt ; tout à coup, on ne donne que des détails insignifiants, par suite de la mobilité extrême du personnel médical. Heureusement, une nouvelle ère commence en 1865, avec le premier numéro de la *Statistique médicale de l'armée*, ouvrage important et officiel où j'ai relevé le mouvement de l'hôpital de Bône de 1865 à 1880, mouvement inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* des 20, 22 mai 1884 et qui fait connaître les progrès bien remarquables de la diminution de la mortalité. Je n'en retiens ici que les chiffres des quatre dernières années, pour les rapprocher de ceux que vont nous donner les quatre années qui les suivent, 1881, 1882, 1883, 1884, en faisant remarquer que le numéro de 1884 n'a pas encore paru ; mais il est sous presse, et j'ai copié sur les *épreuves* les chiffres que je transcris :

Premier Groupe

Année	Effectif de la garnison	Malades	Morts
1877	2.023	1.367	24
1878	2.259	1.100	67
1879	1.680	1.014	25
1880	1.890	951	17
	Deuxième Groupe		
1881	2.600	2.733	115
1882	1.599	1.544	42
1883	2.100	1.066	21
1884	1.826	736	8

Je n'ai rien à ajouter ; l'enseignement est complet. Je tiens cependant à m'expliquer sur la grande part que je fais à la thérapeutique. On me reprochera, je n'en doute pas, cette tendance de mon esprit, et l'on me taxera d'exagération. Mon opinion, cependant, est fondée sur un fait indéniable et contre lequel rien ne peut prévaloir : la comparaison du mouvement hospitalier de Bône de 1834 avec celui de 1833. En effet, les conditions hygiéniques étaient les mêmes ; et cependant en 1834, nous n'eûmes que 538 morts avec 11,593 entrants, tandis qu'en 1833, on en avait compté, comme nous l'avons déjà vu, 1,526 avec 6,704 malades. Il est donc bien évident que c'est à la thérapeutique seule que revient ce succès. De plus, il s'est passé bien des années, pendant lesquelles elle a dû toujours seule défendre la vie des hommes, attendant des secours secondaires et adjuvants que l'hygiène devait lui apporter, c'est-à-dire le dessèchement des marécages, celui de l'immense lac Fezzara, les grands travaux de l'agriculture et de la viticulture, qui ont fait de Bône et de sa banlieue l'un des séjours les plus agréables que l'on puisse rêver.

Rien, au surplus, ne m'est plus facile que de m'appuyer sur une nouvelle expérimentation qui se

déroule sous mes yeux : ce sont les épreuves analogues que subit à son tour le Corps d'armée d'occupation de l'Extrême-Orient. La question, il est vrai, est ici plus complexe, je le reconnais et me hâte de le dire ; à côté du *paludisme* il y a l'*endémie cholérique*, bien autrement grave, bien autrement meurtrière ; mais contre laquelle malheureusement la médecine est, ici comme partout, à peu près impuissante, et devant laquelle nous ne pouvons que nous incliner, en faisant des vœux pour que l'on découvre contre elle un spécifuge aussi efficace que l'est le sulfate de quinine dans les affections paludéennes de ces mêmes contrées. Je suis heureux de pouvoir rassurer, sur ce dernier point, les familles qui ont des enfants dans ces colonies si redoutées. Voici ce qu'à bien voulu m'écrire à ce sujet, en date du 6 septembre 1887, l'homme le plus compétent, M. Dujardin-Baumetz, l'ancien Directeur du service de santé au Tonkin, chargé aujourd'hui, au Ministère de la Guerre, de la direction du service de santé de toute l'armée : « L'instruction médicale ci-jointe, me dit-il, vous montrera comment on traite militairement les fièvres palustres du Tonkin ; cette médication est la vôtre. Partout, au Tonkin et en Annam, on en éprouve les bienfaits. » Je ne pouvais m'appuyer sur une autorité plus imposante, et je remercie hautement M. Dujardin-Baumetz de l'appui qu'il m'apporte par la franchise et la netteté de sa déclaration, en attendant que ses fonctions administratives lui permettent de terminer l'histoire médicale de l'expédition du Tonkin, qui sera une œuvre importante pour le pays, pour l'armée, pour l'humanité.

Indépendamment des travaux reproduits dans cet ouvrage,

M. Maillot a publié

Un Traité des Fièvres ou Irritations cérébro-spinales

Volume in-8, J. B. Baillière, Paris. 1836

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Statistique médicale. — Note sur les maladies qui ont régné à Bône pendant le mois de juin 1834...	7
Recherches sur les fièvres intermittentes du Nord de l'Afrique..............	19
Lettre adressée au Conseil de Santé des armées à raison d'une critique dirigée contre sa doctrine par M. Gassaud, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux........................	47
Nosologie. — Mémoire sur les fièvres pseudo-continues ou fièvres continues à quinquina..........	54
Lettre sur le traitement des fièvres intermittentes de l'Algérie adressée à M. le docteur Gouraud, ancien médecin des Invalides à Avignon...	75
Nosologie. — Nouvelles remarques sur les fièvres pseudo-continues	85
Epidémies. — Documents pour servir à l'histoire des maladies de l'armée d'Afrique.	94
Lettre sur quelques points de l'histoire des fièvres intermittentes.	122
Hippocrate. — Littré. — Maillot. — De leur rôle dans l'histoire des fièvres continues dans les pays chauds et marécageux	125

Notes rétrospectives sur l'origine et le développement de la thérapeuthique algérienne................ 134

Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie.................................... 143

Considérations générales sur l'état sanitaire de la garnison de Bône de 1832 à 1881 146

Revue Bibliographique. — Traité des fièvres palustres avec la description des microbes du paludisme (Laveran)......................... 156

Statistique médicale. — Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie................ 169

Mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie......... 173

Appendice à mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie 181

De l'influence de la thérapeuthique et de l'hygiène dans le décroissement de la mortalité dans la région de Bône............... 193

ALGER. — IMPRIMERIE L. REMORDET ET Cie, RUE DE LA CASBAH, 4